

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 060045

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

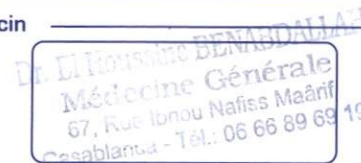
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1409 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : M. HAMDI MUSTAPHA
 Date de naissance : 01/01/1951
 Adresse : 5, RUE KADI IASS Apt. N° 06
 MAARIF CASABLANCA
 Tél. : 06 70 64 28 60 Total des frais engagés : 1883 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/02/2023
 Nom et prénom du malade : JAWHARI JAMILA Age : 62
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : DM2 HTA hypertension
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 07/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01.02.2023		-	150,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

06-2-23 1683.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

LOT 221261
EXP 10/2027
PPV 23.90DH

UT. AV.: 06 2025
LOT N°: 103 40
G J 77 47

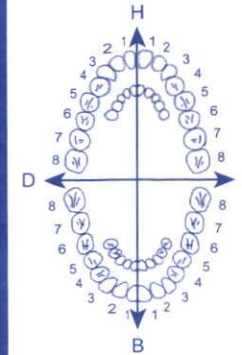
Le praticien est prié de

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins

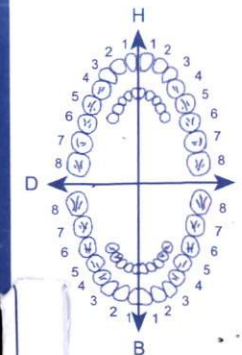


O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRAT



20mg

28 COMPRIMÉS PELlicULÉS

UT. AV.: 02 2025
LOT N°: 103 40
FY 4485

Composition :
Bisacodyl : 5 mg
Excipient q. s. p. un comprimé gastro-résistant de 52,5 mg
Liste des excipients à effet notoire : Lactose

COEFFICIENT DES TR

MONTANT DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

KARDEGIC 160MG SACHETS B30
P.P.V.: 35DH70
LOT : 22E009
PER: 05 2024

KARDEGIC 160MG SACHETS B30
P.P.V.: 35DH70
LOT : 22E009
PER: 05 2024

KARDEGIC 160MG SACHETS B30
P.P.V.: 35DH70
LOT : 22E009
PER: 05 2024

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

25,00

Drill

Toux sèche
ADULTES
sans sucre

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

25,00

Drill

Toux sèche
ADULTES
sans sucre

Comprimés = 16 Prises

ADULTE

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

22,50mg

AUGMENTIN 500mg/62,50mg
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent être avalés de préférence au début des repas.

احدة = 1 غ = قرصين = محتوى فقاعة واحدة
تبل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30 DH
LOT: 648296
PER: 12/23

Docteur El Houssine BENABDALLAH

Médecine Générale

67, rue Ibnou Nafiss (ex-Faucilles)

Maârif - Casablanca

Tél. : 05.22.23.54.44 GSM : 06.66.89.69.19

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 22E001V
PER : 02 2025



الدكتور الحسين بـ

الطب اا

سابقا

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH



06.66.89.69.19

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 22E001V
PER : 02 2025



Dr. EL HOUSSINE BENABDALLAH
Pharmacie en Maârif Casablanca
Tél : 05 22 23 54 44
GSM : 06 66 89 69 19

103.40 x 4
134.30 x 4
35.40 x 3
03.90
92.10 x 4

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 22E001V
PER : 02 2025



AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 22E001V
PER : 02 2025



Dr. EL HOUSSINE BENABDALLAH
Médecine Générale
67, Rue Ibnou Nafiss Maârif
Casablanca - Tél. : 06 66 89 69 19

12.30
32.40
25.00
138.30
1683.30

Dr. EL HOUSSINE BENABDALLAH
Médecine Générale
67, Rue Ibnou Nafiss Maârif
Casablanca - Tél. : 06 66 89 69 19



PHARMACIE DE LA MOSQUEE

76 , RUE DE L'ATLAS , MAARIF

R.C :416052

Patente:35712176

T.V.A :52360

C.N.S.S:9979587

Tél :05.22.98.42.73

Le 07/02/2023

FACTURE N°657907

N° ICE : 001647317000045

N° IF : 14485188

MME JAWHARI JAMILA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
4	TAHOR 20 MG * 28 CP	103.40	413.60		
4	COAPROVEL 150/12,5 * 28 CP	134.30	537.20		
1	AUGMENTIN COMP 500 * 32 CP	138.30	138.30	9.05	7.00
2	DRILL TOUX SECHE AD SS SIROP	25.00	50.00	3.27	7.00
1	DIPROSONE POMMADE GM	32.50	32.50	2.13	7.00
3	KARDEGIC ST 160MG AD	35.70	107.10		
1	GLUCOPHAGE 850 PM COMP	23.90	23.90		
4	AMAREL 3MG 30 CP	92.10	368.40		
1	CONTALAX CP	12.30	12.30	0.80	7.00

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Docteur en Pharmacie
76, Rue de l'Atlas - Maarif Casablanca
Tél 05.22.98.42.73

TOTAL T.T.C :

1 683.30

Nbr Articles	TVA 7% Base :	233.10	Montant :	15.25	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Mille Six Cent Quatre-vingt Trois Dirhams et 30 centimes.

IPROSONE 0,05 %
pommade



ديبروزون[®] 0,05 % مرهم

بيتاميتازون
للدهن فقط

LOT : 726
PER : OCT 2024
PPV : 32 DH 50



ديبروزون[®] 0,05 %
مرهم

أنبوب 30 غ

TAHOR® 20mg

28 comprimés pelliculés



6 118000 250807

20mg

20mg

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV.:

02 2025

P.P.V

LOT N°:

103 40

FY4485

-P.P.V

06 2025

103 40

GJ7747