

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0024927

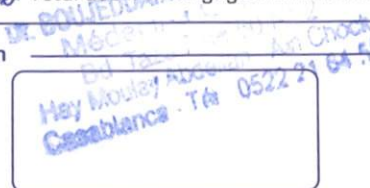
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 559 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZAKRARI ALAN
 Date de naissance : 1992
 Adresse : ABOUOUCAY ABDELAH R, 7 N°48
 CASABLANCA
 Tél. : 0665405176 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 7/9
 Nom et prénom du malade : SAMIR ELBATOUL Age : 79
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : diabète - HTA - cholest
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : cholest

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 : 12/04 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
09/11/23	CPA	1	100	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/11/2023	2779,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

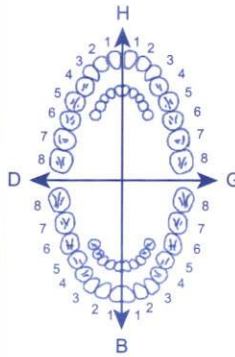
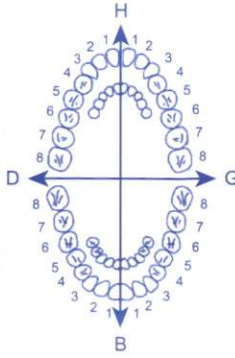
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BOUJEDDAINE TSOULI Abdelhaq

Médecine Générale

Echographie

Circoncision des Enfants

Diabétologie

Ex Médecin Militaire

Expert assermentée

Agrée pour la délivrance

des Certificats médicaux

des permis de conduire

Autorisation d'exercer N° - 7147 -



الدكتور بجاين التسولي عبد الحق

الطب العام

الفحص بالمصدى - ختانة الأطفال

مرض السكري

طبيب عسكري سابق

خبير محلف لدى المحاكم

مقبول لتسليم شواهد

رخص السياقة

رخصة العمل رقم - 7147 -

الهاتف : 05 22 21 64 58

Casablanca, le: 09/11/2023

SMIR - MC BATTOUT

439,00

98,40x3

744,00

34,60x5

35,70x3

82,70x3

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaa Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 744.00 DH

6 118001 081515

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

زاوية شارع تازة وممر جبل صفرو (زنقة 50 سابقا) رقم 2 فوق صيدلية الأزهار حي مولاي عبد الله - عين الشق الدار البيضاء
Angle Bd Taza et Allée Djebel Saghro (Ancienne Rue 50) N°2 au-dessus Pharmacie Azhar Hay Moulay Abdellah Ain Chock - Casablanca

En Cas d'urgence contactez le Gsm : 06 63 09 08 50 في حالة الإستعجال اتصلو ب

6⁺ *Diprosic* & *م* 1.10
37.60x10

Handwritten signature
Handwritten signature

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH
6 118001 081622

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml inj b5 sty
P.P.V : 439,00 DH
6 118001 081639

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH
6 118001 081622

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH
6 118001 081622

KARDECIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V: 35DH70
LOT: 23E004
PER: 01 2025
6 118001 081189

KARDECIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V: 35DH70
LOT: 23E002
PER: 01 2025
6 118001 081189

KARDECIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V: 35DH70
LOT: 23E001
PER: 10 2024
6 118001 081189

Pharmacy stamp: BOUJEDDARE TSOULI
Pharmacy stamp: Bou Jeddare Tsouli
Pharmacy stamp: Hay Mily Abdelhak
Pharmacy stamp: Casablanca Tél 0522 21

PPV B2DH70
PER 02/26
LOT M473

PHARMACIE
BOUJEDDARE TSOULI
Hay Mily Abdelhak
Tél: 05 22 21

PPV B2DH70
PER 02/26
LOT M473

PPV: 82DH70
PER: 02/26
LOT: M747

LOT: 804
PER: JAN 2026
PPV: 37 DH 60

LOT: 769
PER: JUN 2025
PPV: 37 DH 60

LOT: 804
PER: JAN 2026
PPV: 37 DH 60

LOT: 804
PER: JAN 2026
PPV: 37 DH 60

LOT: 716
PER: AUT 2024
PPV: 37 DH 60

LOT: 687
PER: MAR 2024
PPV: 37 DH 60

LOT: 801
PER: DEC 2025
PPV: 37 DH 60

LOT: 801
PER: DEC 2025
PPV: 37 DH 60

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70
600

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70

LOT: 804
PER: JAN 2026
PPV: 37 DH 60

LOT: 804
PER: JAN 2026
PPV: 37 DH 60

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g
39,70

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g
39,70

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70