

# 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



83962

## Déclaration de Maladie : N° P19-0003301

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5731 Société : R Am  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAROUSSI Nouridine Date de naissance :  
Adresse : JAEM  
Tél. : 0661 219473 Total des frais engagés : 150 + 926,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/09/2021  
Nom et prénom du malade : LAROUSSI NAGAT Age : 30 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Colère chronique  
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 : 11/09/2021

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/09/2021      | C                 | 1                     | 150 P.H.                        | Dr. BELKEBIR KHARABE<br>Médecin - Générale<br>Rue 27 - Casablanca<br>Cité Oudja - Casablanca<br>Tel: 0522 90 48 76 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Docteur Belkebir Kharrabe<br>139, Boulevard<br>Casablanca - Tel: 05 22 90 48 76 | 11/09/2021 | 926,60                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

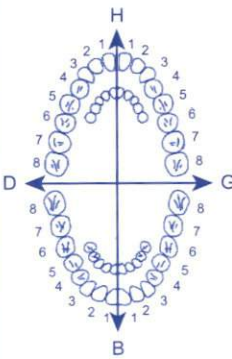
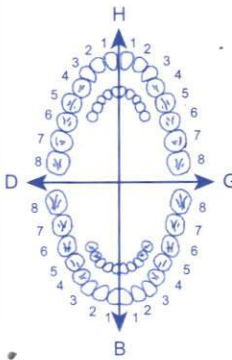
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khadija BELKEBIR

MEDECINE GENERALE

Lot. EL Alia - Rue 27 N° 94

Bd. Oued Tansift - EL Oulfa

☎: 05 22 90 48 76 - CASABLANCA

الدكتورة خديجة بلكبير

الطب العام

تجزئة العالية - الزنقة 27 الرقم 94

شارع وادي تانسيفت - الألفة

الهاتف: 05 22 90 48 76 - الدار البيضاء

Casablanca, le 11-09-21 في الدار البيضاء،

PHARMACIE My VOUS  
Salma CHERIF D'OUAZZANE  
Docteur en Pharmacie  
139, Boulevard My Youssef  
Casablanca - Tél: 05 22 22 27 45

LAROU

NAGAT

122,70

122,70



1) D-Flon

49,00 2x x 2/3

2) A-senc

49,40 x 8

3)

Metospan

83,20

4)

Spect

LOT 200161  
EXP 01/2023  
PPV 83.20DH

5)

oedes

10ml

BOTTU SA  
PPV : 49DH00

Dr. BELKEBIR Khadija  
Medicine Generale  
Rue Oued Tansift - EL Oulfa  
Casablanca - Tél: 05 22 22 27 45



6) Tiberale 500 (x2)  
48,50 x 2 = 97,00

7) D-cure Amp 95,00  
56,30  
1 p / 1 dose

8) Dolemane 1000 (x2)  
14,00 x 2 = 28,00

PPV: 14DH00  
PER: 01/24  
LOT: N138

PPV: 14DH00  
PER: 06/24  
LOT: K1758

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél  
LOT: 9MAD52  
P.P.V.: 30DH50  
6 118001 010845

9) 30,50

10) 39,70

926,60

Immun 14,00

2 gel x 21

Fucidine

39,70

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V.: 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V.: 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V.: 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V.: 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V.: 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V.: 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V.: 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V.: 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293

TIBERALE x4

LOT: 19151 PER: 11/2024  
PPV: 48,50 DH

LOT: 20090 PER: 07/2025  
PPV: 48,50 DH

OT: 21132 PER: 04/2026  
PPV: 48,50 DH

LOT: 20089 PER: 06/2025  
PPV: 48,50 DH

PHARMACIE MY YOUSSEF  
Docteur en Pharmacie  
139, Boulevard de l'Indépendance  
Casablanca