

# 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.

**Biologie 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.

**Educateur :**  
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.

**Prothésiste :**  
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.

## Adresses Mails utiles

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

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



Déclaration de Maladie  
N° M21- 0060328

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1409 Société : RAM. 103984  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MYHADI MUSTAPHA  
Date de naissance : 01/01/1951  
Adresse : 5, Rue Kadi JASS N°6 NAARIF  
CAHARA CA  
Tél. 06 70642860 Total des frais engagés : 5030 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 14 FEB 2022  
Nom et prénom du malade : MYHADI MUSTAPHA Age: 71 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HTA, diabétique  
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 : CAHARA Le : 14 FEB 2022  
Signature de l'adhérent(e) :

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
14 FEV. 2022	✓		150,00	Dr. ZEMMAMA O. LOTFI 45, Bd. El Anassrane C : 06 22 26 03 73 GSM : 06 81 14 99 86 Fax : 05 22 25 13 00 Email : zel2@live.fr

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MOSQUEE Dr. ZEMMAMA O. LOTFI 76, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca Tél: 05 22 25 42 73	14/02/22	4.880,60

Sarof-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH

LOT : 21E002  
PER: 05 2024

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10

LOT : 21E002  
PER: 05 2024

Sarof-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH

LOT : 21E002  
PER: 05 2024

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10

LOT : 21E002  
PER: 05 2024

Sarof-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH

LOT : 21E002  
PER: 05 2024

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10

LOT : 21E002  
PER: 05 2024

Sarof-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH

LOT : 21E002  
PER: 05 2024

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10

LOT : 21E002  
PER: 05 2024

Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

LOT : 21E010  
PER: 05 2023

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

LOT : 21E010  
PER: 05 2023

Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

LOT : 21E010  
PER: 05 2023

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

LOT : 21E010  
PER: 05 2023

Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

LOT : 21E010  
PER: 05 2023

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

LOT : 21E010  
PER: 05 2023

Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

LOT : 21E010  
PER: 05 2023

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70

LOT : 21E010  
PER: 05 2023

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
			MONTANTS DES SOINS														
			DEBUT D'EXECUTION														
			FIN D'EXECUTION														
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
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, Le 14 FEV. 2022

الدار البيضاء في

M. MHAADI Mustapha

- 1) Cardesiel 25 : 50,70 x 4
- 2) Plavix 75 : 1 cp / 5 semah 316,00 x 4
- 3) Triatec Proct 10 : 1 cp semah 207,00 x 4
- 4) Kardégic 160 : 1 cp / 15 35,70 x 4
- 5) TAHOR 20 : 1 cp / 15 PHARMACIE DE LA MOSQUEE
- 6) Amarel 3 : 1 cp semah 437,00 x 4
- 7) Zanumet 50 / 15 : 1 cp / 1
- 8) Augmentin 500 : 2 cp 2 x / 15 pol 10 j 138,30 x 2
- 9) Drill SS TS : 3 x 1 25,00 x 2
- T T T de Six mois

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca  
TEL : 05 22 25 03 73  
Fax : 05 22 25 03 00  
GSM : 06 61 14 99 86  
E-mail: zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

T = 4.880.60

45, شارع بر أنزران الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 25 03 73  
الفاكس : 05 22 25 13 00  
المحمول : 06 61 14 99 86  
البريد الإلكتروني: zol2@live.fr





# 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 14/02/2022

**FACTURE N°582585**

N° ICE : 001647317000045

N° IF : 14485188

**M. MHAMDI MUSTAPHA**

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
4	TRIAEC 10MG * 30 CP	207.00	828.00	54.17	7.00
4	PLAVIX. * 28 CP	316.00	1 264.00		
4	CARDENIEL 2.5 MG * 30 CP	50.70	202.80		
4	AMAREL 3MG 30 CP	92.10	368.40		
4	JANUMET CO 50/1000MG 56U PELL	437.00	1 748.00		
2	AUGMENTIN COMP 500 * 32 CP	138.30	276.60	18.10	7.00
2	DRILL TOUX SECHE AD SS SIROP	25.00	50.00	3.27	7.00
4	KARDEGIC ST 160MG AD	35.70	142.80		
<div>PHARMACIE DE LA MOSQUEE Dr. NABIL Docteur en Pharmacie 76, Rue de l'Atlas - Maarif Casablanca Tél: 05.22.98.42.73</div>					
<b>TOTAL T.T.C :</b>			<b>4 880.60</b>		

Nbr Articles

TVA 7% Base :

1 154.60

Montant :

75.54

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quatre Mille Huit Cent Quatre-vingt Dirhams et 60 centimes.

# Janumet 50 mg/1000 mg

100 ملجم

تاريخ الإنتاج/Mfg

02-2021

رقم التشغيل/Lot

تاريخ الإنتهاء/Exp

02-2023

U019641



Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

**Janumet 50 mg/1000 mg**

100 ملجم

تاريخ الإنتاج/Mfg

02-2021

رقم التشغيل/Lot

تاريخ الإنتهاء/Exp

02-2023

U019641



Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

**Janumet 50 mg/1000 mg**

100 ملجم

تاريخ الإنتاج/Mfg

02-2021

رقم التشغيل/Lot

تاريخ الإنتهاء/Exp

02-2023

U019641



Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

# Janumet 50 mg/1000 mg

100 ملجم

تاريخ الإنتاج/Mfg

02-2021

رقم التشغيل/Lot

تاريخ الإنتهاء/Exp

02-2023

U019641



Co

Si

يد

V

5

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.



25100

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

# Drill

Toux sèche

**ADULTES**

sans sucre

25100

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

# Drill

Toux sèche

**ADULTES**

sans sucre

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN 500

1 prise = 1g = 2 comprimés à  
= le contenu d'1 al

Les 2 comprimés d'Augmentin  
être avalés de préférence au d

صين = محتوى فقاعة واحدة

في بداية الطعام

DPV: 138,30 DH  
LOT: 646856  
PER: 11/22

AUGMENTIN 500 mg/62,50 mg ○

32 comprimés pelliculés



RE

PF

Liste I. Uniquement sur ordonnance



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN 500

1 prise = 1g = 2 comprimés à  
= le contenu d'1 al

Les 2 comprimés d'Augmentin  
être avalés de préférence au d

صين = محتوى فقاعة واحدة

في بداية الطعام

DPV: 138,30 DH  
LOT: 646856  
PER: 11/22

AUGMENTIN 500 mg/62,50 mg ○

32 comprimés pelliculés



RE

PF

Liste I. Uniquement sur ordonnance

105

## Protect

TRIALES

TRIA  
Ramipril

25700

**TRIATEC® Pro**  
30 Comprimés

10ms

30 Comprimés



61180

60215

10 mg

Protect

TRIATEC®

Ramipril

20700

TRIATEC® Protect® 10mg  
30 Comprimés

10mg



6 1180 0000

060215



10 mg

Protect

TRIATEC®

Ramipril

20700

TRIATEC® Protect® 10mg  
30 Comprimés

10mg



6 1180 0000

060215

10 mg

Protect

TRIATEC®

Ramipril

20700

TRIATEC® Protect® 10mg  
30 Comprimés

10mg



6 1180 0000

060215