

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0037504

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)


Matricule : 293 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : AZIZ ALLAL
Date de naissance : 1939
Adresse : N° 56 Rue EL ELIE HAY ARRANA Casablanca
Tél. : Total des frais engagés : 2785,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 16/08/2022
Nom et prénom du malade : Aziz Allal
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : HTA AVC
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 : 25 / 07 / 2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/7/22 | CS | 400 | 400 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE AHMED ALI SARLAU DE ALI LOUAID Sidi Maârouf - Casablanca Tél./Fax : 05 22 97 32 16 GSM : 06 61 60 54 68 | 25/07/22 | 23 251,30 |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 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

CLINIQUE BELLE VILLE

25/7/22

N° Allal Aziz

(70.00 x 4)

1) Copland

1 p / 8

2) Lantid (34.60 x 8)

1 p / 8

3) Nebilet (87.5 x 4)

1/8 Nidi

4) Civasone (70.00)

10 1

5) Pregr (84.80 x 2)

1/2 4 p / 8 sr

6) Tylic 200 (31.30 x 5)

1 p / 8

7) Betanc 1

1 p / 8 sr

Ht 3m

8) Astress (70.50)

9) Nor (87.50)

T = 2385.30

PHARMACIE AHMED ALI

SARL AU DR. AH EL JOUADI

Sidi Maarouf - Casablanca

Tel / Fax : 05 22 97 32 16

GSM : 06 61 60 54 68

FRV ZODHUO
PER 10/25
LOT 22797

LOT : 220580
EXP : 04/2025
PPV : 57,80DH

LOT : 220580
EXP : 04/2025
PPV : 57,80DH

LOT : 220580
EXP : 04/2025
PPV : 57,80DH



GSM : 061 45 08 06
Tel : 021 22 97 32 16
Sidi Maarouf - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniquebelleville@cliniquebelleville.com - Site web : www.cliniquebelleville.ma

Patente : 34751012 - Coefficient Fiscal : 60560151 CNSS : 2832333 ICE : 002868326000095

RIB : 190780212113658163000371 - Code SWIFT : BCPO MAMC

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH



6 118001 082018

31,30

31,30

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH



6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH



6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH



6 118001 082018

31,30

31,30

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 87DH50

V14097701

V14097701

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E001
PER.: 12 2025

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 21E017
PER.: 10 2025

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E001
PER.: 12 2025

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E001
PER.: 12 2025

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E001
PER.: 12 2025

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E001
PER.: 12 2025

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 21E016
PER.: 09 2025

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 21E016
PER.: 09 2025


Lot:

DLC:

P.P.C : 109,00 DH

DS01/22
01/2025

CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE
Casablanca

| | | |
|---|--|---|
| NOM DU PATIENT : M. AZIZ (GUAROUAL) ALLAL DATE DE NAISSANCE : 20/05/1955 | | Sejour : Du 25/07/2022 au 25/07/2022 |
|  | | |
| Reçu N°: 3199 | | |
| Palement du 25/07/2022 16h34 | | |
| Actes | | |
| Montant | | 400,00 Dh |
| Type de paiement | | Espèce |

Imprimé par : **BOUAZIZ Fatimazahra** Le 25/07/2022 16h34



P V 84DH80
ER 04/25
LOT L1575

P V 84DH80
ER 04/25
LOT L1575

NO : 1212
PR : NC M Allal
ID :
DD :
Age : 17 s
Sex :

25-Jul-2022 17:14:27

| | | |
|-------------|-------|-------|
| Freq. Card: | 2 | 2 B/M |
| Int P1 | 2 | 2 m; |
| Dur. QF 5: | 3 | m; |
| QT/QF: | 378/4 | 3 m; |
| Axis 1-R-T: | 49 | 4 10 |

TA 12.5/7.5.
ECG Normal

