

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
- ☐ 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



MUPRAS
RECEPTION 9

165291

Déclaration de Maladie : N° P19-0022090

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7172 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LACHANI Ahmed Date de naissance :
Adresse :
Tél : 0667367742 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur JAZOULI Allal

Médecine Générale

Cachet du médecin :

Diplôme universitaire de Diabétologie
Av Abi Houraira Sidi Othmane Rue 46
Bloc 59 N°1 1er Etage Tél: 0522 56 78 43

Date de consultation : 31 MAI 2023
Nom et prénom du malade : JAMIL Ach Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Suivi de diabète + Bronchite
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 : DEROUA Le : 02/06/2023
Signature de l'adhérent(e) :

AA

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
31 MAI 2023			1808	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	31.05.23	61840

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Signature]</i>		SOS IAN	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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 Jazouli Allal

Médecine générale

Ex médecin chef du centre de santé Baladia
Sidi Othmane
Diplôme universitaire en diabétologie de la
faculté de médecine de Paris
Spécialité en médecine de travail de l'université
de Rennes.
Echographie



الدكتور جزولي علال

الطب العام

الطبيب الرئيسي سابقاً بالمركز الطبي البلدية سيدي عثمان
حائز على دبلوم جامعي لداء السكري من كلية الطب بباريس
اختصاصي في طب الشغل من جامعة رين بفرنسا
الفحص بالصدى

ORDONNANCE

Casablanca le 21 MAR 2023

Handwritten prescriptions:
69.00
1/ Giovannic 1000
141 x 5
41.00
2/ Prednis 2
341 x 5
32.00
3/ Clante 2
141 x 5
14.50
4/ Avel 1000
154.30
5/ Citop 1000
141 x 5
618.40

Stamps:
INPE: 05 22 52 47 07
LA PHARMACIE GIOVANNA
DR. JAZOULI ALLAL
N° 94 Lot 4-4-DEBOUA
Tél: 05 22 52 47 07

05 22 56 78 43

Docteur JAZOULI Allal
Médecine Générale
Diplôme universitaire en diabétologie
de la faculté de médecine de Paris
Tél: 05 22 56 78 43

driazouliallal@gmail.com

شارع أبي هريرة سيدي عثمان 46 (قرب مسجد السعود درب البلدية سيدي عثمان)
Bd abihouraira sidi othmane, rue 46 bloc 59 n°1 (près de la mosquée saoud)

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

40,00

BioVanic 500 mg
5 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410058

LOT: M0916
PER: 12/2024
PPV: 69,00DH

LOT: 5387
PER: 12-25
P.P.V: 32 DH 00

10 mg

LOT: KE20001
PER: NOV 2023
PPV: 154 DH 30

LOT: KE20001
PER: NOV 2023
PPV: 154 DH 30



EXP:
LOT N°:

14,50

30 قرصا ملبسا

LOT: KE10124
PER: SEP 2023
PPV: 154 DH 30