

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0045771

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1409 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MUHAMMAD MUSTAPHA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : 5, Rue KADI TASS APPT N° 6

7 AARIF CASABLANCA

Tél. : 06 70642860 Total des frais engagés : 1634 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05 OCT 2023

Nom et prénom du malade : JAWAHAD Jamil Age : 62 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : H.T.A. - Hypertension artérielle

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 : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05 OCT 2023 | C | - | 150,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DE LA MOSQUEE Dr. NABIL Docteur en Pharmacie 76, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca Tél: 05.22.98.42.73 | 05/10/23 | 1.484,20 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | 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 :

Veillez 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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> <td></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

Docteur El Houssine BENABDALLAH

Médecine Générale

67, rue Ibnou Nafiss (ex-Faucilles)

Maârif - Casablanca

Tél. : 05.22.23.54.41 - GSM : 06.66.89.69.19



الدكتور الحسين بن عبد الله

الطب العام

67، زقة ابن النفيس (فوسيل سابقا)

المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.23.54.41 - المحمول : 06.66.89.69.19

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28

P.P.V : 134,30 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28

P.P.V : 134,30 DH



asablanca, le 05 OCT 2023 : في

Dr. JAWHARI JAWHARI

Co Aprovel 150/12,5

134,30 x 4

103,40 x 6

138,30 x 2

25,00 x 2

1.484,20

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28

P.P.V : 134,30 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28

P.P.V : 134,30 DH



PHARMACIE DE LA MOSQUEL
Dr. NABIL
Docteur en Pharmacie
76, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca
Tél: 05.22.98.42.73

Dr. El Houssine BENABDALLAH
Médecine Générale
67, Rue Ibnou Nafiss Maârif
Casablanca - Tél.: 06 66 89 69 19



PHARMACIE DE LA MOSQUEE

76 , RUE DE L'ATLAS . MAARIF

R.C :416052

Patente:35712173

T.V.A :52360

C.N.S.S:9979587

Tél :05.22.98.42.73

Le 05/10/2023

FACTURE N°702526

N° ICE : 001647317000045

JAWHARI JAMILA

N° IF : 14485188

ICE N° :

| Qté | Désignation | PPV Unitaire | Total BRUT | Dont TVA | % Taux |
|--|------------------------------|--------------|---------------|-----------------|-----------|
| 2 | AUGMENTIN COMP 500 * 32 CP | 138.30 | 276.60 | 18.10 | 7.00 |
| 6 | TAHOR 20 MG * 28 CP | 103.40 | 620.40 | | |
| 4 | COAPROVEL 150/12,5 * 28 CP | 134.30 | 537.20 | | |
| 2 | DRILL TOUX SECHE AD SS SIROP | 25.00 | 50.00 | 3.27 | 7.00 |
| <div>PHARMACIE DE LA MOSQUEE Dr. NABIL Docteur en Pharmacie 76, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca Tél: 05.22.98.42.73</div> | | | | | |
| TOTAL T.T.C : | | | | 1 484.20 | |

| | | | | | | |
|--------------|---------------|--------|-----------|-------|----------------|---------|
| Nbr Articles | TVA 7% Base : | 326.60 | Montant : | 21.37 | TVA 20% Base : | Montant |
|--------------|---------------|--------|-----------|-------|----------------|---------|

Arrêté la présente facture à la somme de :
Mille Quatre Cent Quatre-vingt Quatre Dirhams et 20 centimes.














AUGMENTIN 500

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

Les 2 comprimés d'Augmentin
être avalés de préférence au

صين = محتوي فقاعة واحدة
بي بداية الطعام

AUGMENTIN 500 mg/62,50 mg 
32 comprimés pelliculés



PPV: 138,30 DH
LOT: 650872
PER: 10/24

RESPECTER LES DOSES


Liste I. Uniquement sur ord

AUGMENTIN 500

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

Les 2 comprimés d'Augmentin
être avalés de préférence au

صين = محتوي فقاعة واحدة
بي بداية الطعام

AUGMENTIN 500 mg/62,50 mg 
32 comprimés pelliculés



PPV: 138,30 DH
LOT: 650872
PER: 10/24

RESPECTER LES DOSES

Liste I. Uniquement sur ord

PPV (DH) : 25.00

LOT N° : GE. D

UT. AV. :

Drill

Toux sèche

ADULTES

sans sucre

PPV (DH) : 25.00

LOT N° : GE. D

UT. AV. :

Drill

Toux sèche

ADULTES

sans sucre