

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'H
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-013239

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7105 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité 00892
 Nom & Prénom : NAJEM JARIS
 Date de naissance : 12-05-1957
 Adresse : Hay TISSA II Rue Al Aziz ALMAHRA
 BORDJ BOU
 Tél : 0611536664 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 05/02/2019
 Nom et prénom du malade : NAJEM JARIS Age : 67 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection respiratoire
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 05-02-2019 Le : 07/02/2019
 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

05/02/24 6

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie ALAFAC
1,3,5 Rue Ily Abou Madi
BERRECHID -
Tel: 05 22 33 64 01

05/02/24

Pharmacie ALAFAC
1,3,5 Rue Ily Abou Madi
BERRECHID -
Tel: 05 22 33 64 01

481,40

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 :

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

Dr. Jihane ACHRANE

Pneumologue - Phtisiologue
Allergologue



د. جهان عشار
اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي
السل والحساسية

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Diplôme universitaire des troubles du sommeil
- Ancien médecin des hôpitaux universitaires Avicenne et moulay Youssef de Rabat
- Ancien médecin de la fondation Cheikh Zaid

- خريجة كلية الطب والصيدلية بالرباط
- حاصلة على دبلوم جامعي في اضطرابات النوم
- طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا
- ومستشفى مولاي يوسف بالرباط
- طبيبة سابقة بمؤسسة الشيخ زايد

Casablanca, le في الدار البيضاء
05/02/2024

Mr NAJEM SAID

ORDONNANCE

ULTIBRO

1 gel à inhalé par jour

VENTOLINE SPRAY

2 bouffées si crise

DUPHALAC sachet

1s /j

(- Traitement de 3 mois -)

42.20x3
71.40x2
212w
- vital complere
1 Amp 1j



481,40

Pharmacie ALAFAC
1.3.5 Rue Ila Agha Madi
- BERRECHID -
Tel: 05 22 53 64 01



Pharmacie ALAFAC
1.3.5 Rue Ila Agha Madi
- BERRECHID -
Tel: 05 22 53 64 01

Dr. ACHRANE Jihane
Spécialiste en Pneumologie
511 Bd Al Qods, Imme 8, Etg. 3
Bureau N°27, Ain Chock

511 شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، الطابق 3 رقم 27 - عين الشق - الدار البيضاء
511, Bd Al Qods, Résidence les jardins Al Qods Californie (en face Renault Dacia) 3ème étage N°27 - Ain chock, Casablanca

05 22 52 63 19 - 06 63 14 75 72 drachrane@gmail.com

Lot
EXP
PPV

464X-A
06 2025
42,20 DH

Lot
EXP
PPV

3T9Y
06 2025
42,20 DH

LOT 369318
PER.: 10 2025

DUPHALAC 10G/15ML
SACHET B20

P.P.V : 71DH40



Ventoline 100 mcg
Aérosol, 200 doses.



LOT: 368427A
PER.: 02 2025

DUPHALAC 10G/15ML
SACHET B20

P.P.V : 71DH40



Best before:
N.º de lot: | Batch:

11/2026

Complément alimentaire
Food Supplement

230153

VIIHL COMPLEX

20 X 15ml

Complément alimentaire
Food Supplement

VitalComplex20Amp
PPC : 212,00 DH
MCEUTIK

EX

VitalComplex20Amp
PPC : 212,00 DH
MCEUTIK

NUT/PL/AS 1915/2

5

Lot
EXP
PPV

3T9Y
06 2025
42,20 DH

07/2026
230102

PHARMACIE DE NOAILLES

55 BLD ROBESPIERRE

78300 POISSY - FRANCE

Tél : 0139650373

SIRET:83949367300017 - NAF:4773Z - FR94839493673

lundi au vendredi de 08h30 à 19h30

samedi de 09h00 à 18h30

Le 09/03/24 à 15h21 Op. : 9 remplaçante
Patient : NAJEM SAID

Qté	Désignation	Prix U.	Total
	Honor. dispensation	TTC	TTC
	Code prod / Code TVA	TTC	TTC

Ordonnance n°171879

3	ULTIBRO BREEZ.85MCG	34,86	104,58
	Honor. dispens. HD4	1,02	3,06
	3400927566479 / 4		

--- HONORAIRES ---

1	HONOR. DISPENS. HDR	0,51	0,51
---	---------------------	------	------

Total HT : 105,93	Total TTC : 108,15
Part CLIENT :	108,15

TOTAL : 108,15
CB : 108,15

--- INFORMATIONS LEGALES ---

TVA	Code	HT	TVA	TTC
2,10%	4	105,93	2,22	108,15

Ticket 226649/294273 / B525/0370-4
(NF525) 104/ /1/FACTURATION/TICKET/3/N/YcMV/YARQ/2.2-
0/2.20.3.3.R10/1

Imprimé le 09/03/24 à 15h21m21

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE