

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 068002

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2130 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RADIGH Agnès 86898

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 064 090980 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/09/2021

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : infection bronchopulmonaire

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 : 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
22/09/2014				Pr. A. BOUAGGAD Anesthésiste Réanimateur Clinique Dar Salam Casablanca - Tél.: 05 22 85 14 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL BOUDOUK Capital de 6.320.000 Dirhams 115, Rue de Septa Casablanca - Tél.: 05 22 86 04 68 - Fax: 05 22 86 04 67	20/09/14	683,00
PHARMACIE MODIBO KENIA 170, Bd. Modibo Keita Casablanca - Tél.: 05 22 86 04 68 - Fax: 05 22 86 04 67	23/09/14	40,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

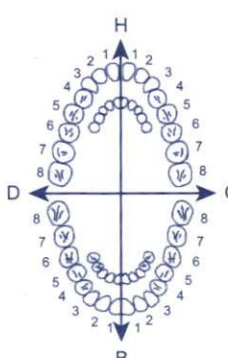
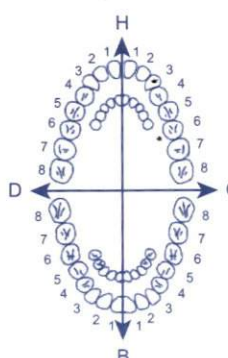
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/21	78 750 FCA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant déduit des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
						
						
						
						
						

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

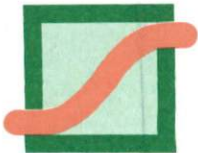
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H	H	G		
	25533412 0000000	21433552 0000000			
	D	0000000 35533411			
	B	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



السلام
CLINIQUE

ZINASKIN® 45 mg

PPV 400H90

EXP 07/2024
LOT 15038 75

20 comprimés effervescents

Casablanca, le 23/09/21

M. RAdigh ABDElali

40.90
Zinaskin 1 Flacon



PHARMACIE
MODIBO KEITA
728, Bd. Modibo Keita
Tél : 05 22 82 65 24 - Casablanca

URGENCES 24 / 24 مستعجلات

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma
www.cliniquedarsalam.ma - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352

مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 20/09/22

LIKACIN® 500 mg/2ml

Amikacine (Sulfate)
Solution pour injection IM/IV
Boîte de 1 flacon



6 118001 360055

PPV: 68,30 DH

RADIGH ABDELALI

68.30 x 10

LIKACIN 500 y (10 flacons)

LIKACIN® 500 mg/2ml

Amikacine (Sulfate)
Solution pour injection IM/IV
Boîte de 1 flacon



6 118001 360055

PPV: 68,30 DH

LIKACIN® 500 mg/2ml

Amikacine (Sulfate)
Solution pour injection IM/IV
Boîte de 1 flacon



6 118001 360055

PPV: 68,30 DH

683,00



LIKACIN® 500 mg/2ml

Amikacine (Sulfate)
Solution pour injection IM/IV
Boîte de 1 flacon



6 118001 360055

PPV: 68,30 DH

LIKACIN® 500 mg/2ml

Amikacine (Sulfate)
Solution pour injection IM/IV
Boîte de 1 flacon



6 118001 360055

PPV: 68,30 DH

LIKACIN® 500 mg/2ml

Amikacine (Sulfate)
Solution pour injection IM/IV
Boîte de 1 flacon



6 118001 360055

PPV: 68,30 DH

LIKACIN® 500 mg/2ml

Amikacine (Sulfate)
Solution pour injection IM/IV
Boîte de 1 flacon



6 118001 360055

PPV: 68,30 DH

ACIE AL BOUDOUR

S.A.R.L. au Capital de 6.820.000 Dirhams

Siège Social Casablanca: 115, Rue de Sebta

Tél.: 05 22 86 04 68 - Fax: 05 22 86 04 67

R.C. Casa 252 331 - I.F.: 40464164

URGENCES 24 / 24 مستعجلات

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma

www.cliniquedarsalam.ma - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352

LIKACIN® 500 mg/2ml

Amikacine (Sulfate)
Solution pour injection IM/IV
Boîte de 1 flacon



6 118001 360055

PPV: 68,30 DH

LIKACIN® 500 mg/2ml

Amikacine (Sulfate)
Solution pour injection IM/IV
Boîte de 1 flacon



6 118001 360055

PPV: 68,30 DH

LIKACIN® 500 mg/2ml

Amikacine (Sulfate)
Solution pour injection IM/IV
Boîte de 1 flacon



6 118001 360055

PPV: 68,30 DH



مصلحة دار السلام

CLINIQUE DAR SALAM

M. RADIGH Abdelali
Né le : 31/05/1955
Admis le : 18/09/2021 15h53
Org : MUPRAS



21118155322

Casablanca, le 22/9/2021

Ivermectine 3mg

4 cp/j

(no 10 bolus)



Pr. A. BOUAGGAD
Anesthésiste Réanimator
Clinique Dar Salam
Casablanca - Tél: 05 22 85 14 11

Enfant +



NCES 24 / 24





PHARMACIE CAMP GUEZO

Homéopathie - Allopathie - Générique - Vétérinaire - Hygiène et Cosmétique

ZONE RESIDENTIELLE

08 B.P. 795 COTONOU - Rép. du Bénin
Tél. : (229) 21 31 35 55
Fax : (229) 21 31 63 53

@@@rating
www.cofacerating.com
@@@

Elyse A. ACHANHOUIN
Pharmacien

IFU 3200700015618 COTONOU

Pharmacie CAMP GUEZO

E.A. PHARMACIE CAMP GUEZO Tél. 21 31 35 55 08 BP 795
COTONOU

Pour toutes QUESTIONS, PLAINTES, RECLAMATIONS, N° Whatsapp: 60
31 55 55

Ticket: IM436614 21-09-2021 16 15

NBRE PRODUITS = 9

LEONCE BADA / Caissière: TOGNISSO BERTHE

(A) IVERMECTINE ARROW 8750 * 9 78750
3MG BTE/4COMP

Groupe Tax Montant HT Montant TTC

A EXC 78750

B Tax 0 0

Montant TVA 0

Total à payer: 78 750

Mode paiement Espèces 78750

Mode paiement 2

ESP DONNE: 90000 Reliquats: 11250

CODE MECEF DGI
UQVR-A7DS-NX3F-AS3F-ZWWZ-707D

NIM ED04000028

Compteurs 255898/259896 FV

Heure 21/09/2021 16 20 05



LES PRODUITS ACHETES NE SONT NI REPRIIS NI
ECHANGEES

MECEF 255898/259896 FV

MECEF 21/09/2021 16:20:05

09-2021 16:16

GNISSO BERTHE

436614

CLIENT

RADIGH ABDETALL
COT.RB

le	PU	Qte	Montant
	8750	9	78 750,00

Montant HT	TVA	Total
78 750	0	78 750
0	0	0
0		
Total TTC à payer = 78750		

e de soixante-dix-huit mille sept cent cinquante Franc CFA

Espèces 78750

00 Reliquats: 11250

ODE MECEF DGI

-AS3F-ZWWZ-707D

000028

255898/259896 FV

21/09/2021 16:20:05





PHARMACIE CAMP GUEZO

Homéopathie - Allopathie - Générique - Vétérinaire - Hygiène et Cosmétique

ZONE RESIDENTIELLE

08 B.P. 795 COTONOU - Rép. du Bénin
Tél. : (229) 21 31 35 55
Fax : (229) 21 31 63 53

IFU 3200700015618 COTONOU

@@@rating
www.cofacerating.com

@@@
Elyse A. ACHANHOUI
Pharmacien

Facture: IM436613

21-09- 2021 16:19

436613

Vendeur: LEONCE BADA

Caisière: TOGNISSO BERTHE

CLIENT

NBRE PRODUITS = 5

RADIGH ABDEALL
COT.RB

NL	Désignation article	PU	Qte	Montant
1	(A) IMMU-C SACHET B/10	1225	5	6 125,00

	Montant HT	TVA	Total
Montant exonérer (A)	6 125	0	6 125
Montant Taxable (B)	0	0	0
Total Remise		0	
Montant Total TTC à payer = 6125			

Arrêté la présente facture à la somme de six mille cent vingt-cinq Franc CFA

Mode paiement

Espèces 6125

Mode paiement 2

ESP DONNE: 11250

Reliquats: 5125

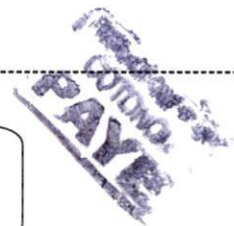
CODE MECEF DGI

IMRQ-2QZV-BWTU-77A4-EVBV-YSAE

MECEF NIM : ED04000028

MECEF 255899/259897 FV

MECEF 21/09/2021 16:20:38





مصلحة دار السلام
CLINIQUE DAR SALAM

M. RADIGH Adde:an
Né le : 31/05/1955
Admis le : 18/09/2021 15h53
Org : MUPRAS



2111815322

Casablanca le 20/09/2021

IVU machine 3 mg

4 c/j



8750X9

(no 10 bits)

Pr. A. BOUAGGAD
Anesthésiste Réanimateur
Clinique Dar Salam
Casablanca - Tél : 5 22 35 14 14

T = 78750

Pharmacie CAMP GUEZO

EACHANKOL NANKINOT Tél 21 31 25 55 09 88795
IEU 1200709015618 COTINDU

Pour toutes QUESTIONS, PLAINTES, RECLAMATIONS, N° Whatsapp: 60
31 55 55

Ticket: **IM436613** 21-09- 2021 16:16

NBRE PRODUITS = 5

LEONCE BADA / Caissière: TOGNISSO BERTHE

(A) IMMU-C SACHET 8/10 1225 * 5 6125

Groupe Tax	Montant HT	Montant TTC
A EXC	6125	
B Tax	0	0

Montant TVA : 0

Total à payer: 6 125

Mode paiement: Espèces 6125

Mode paiement 2:

ESP DONNE: 11250

Reliquats: 5125

CODE MECEF DCI

IMRQ-2QZV-BWTU-77A4-EVBV-YSAE

NIM: EDD4000028

Compteurs: 255899/259897 FV

Heure: 21/09/2021 16:20:38



LES PRODUITS ACHETES NE SONT NI REPRIS NI
ECHANGES

Pharmacie CAMP GUEZO

E. ACHANHON N. KINKING - Tél: 21 31 35 55 - 08 89 73 5

TEL: 020 0700015618 COTI NDM

Pour toutes QUESTIONS, PLAINTES, RECLAMATIONS, N° Whatsapp: 60
31 55 55

Ticket **IM436613** 21-09-2021 16:16

NBRE PRODUITS = 5

LEONCE BADA / Caissière: TOGNISSO BERTHE

(A) IMMU-C SACHET 8/10 1225 * 5 6125

Groupe Tax	Montant HT	Montant TTC
A EXC	6125	
B Tax	0	0

Montant TVA : 0

Total à payer: 6 125

Mode paiement: Espèces 6125

Mode paiement 2:

ESP DONNE: 11250

Reliquats: 5125

CODE MECEF DC

IMRQ-2QZV-BWTU-77A4-EVBV-YSAE

NIM: E004000028

Compteurs: 255899/259897 FV

Heure: 21/09/2021 16:20:38



LES PRODUITS ACHETES NE SONT NI REPRIS NI
ECHANGES