

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 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° S19- 0006037

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07306 Société : R A 7

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SOUAL Fatima Date de naissance : 13.07.65

Adresse : Habituelle

Tél. : 06613-5484 Total des frais engagés : 5042,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL AZHARI ASMAA
Soins Palliatifs et
Traitement de la Douleur

Date de consultation : 7/1/22

Nom et prénom du malade : KHAIR BELHIT ABDELLAH Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer du Prostate

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 : Casa Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Posologie des Actes
9/12/22			G	Dr. EL AZHAR ASMARA Soins Palliatifs et Traitement de la Douleur <i>[Signature]</i> INPE 09124816

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/01/2022	189920
	07/01/2022	189920

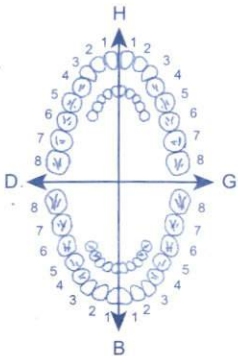
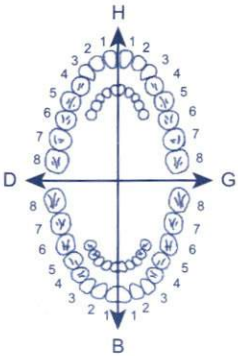
[illegible][illegible]

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			
	H 25533412 00000000 D H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B 00000000 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



7/5/22

Ordonnance

M. Belghiti Abdelkhal

1) Oedes injectable
43/90x5 (n=5).

équivalent

2) Sandostatine 100mcg
32,00x6 injections / 3h pelt
5 jours (n=6).

3) Solymedol 40 mg (n=5)
24,30x5

4) Spasmodon injectable 20mg
17,70x4 (n=4).

INPE: 092004357

RG: 252331-ICE: 0014484770000066
Fax: 0522 86 04 67 - IF: 40464164
Tél: 0522 86 04 68 / 86 54 37

pharmaciealhououcasas@gmail.com

113, rue Sebta Qu. des hôpitaux extension - Casablanca

PERI
 5) Oumtel N7 2000 mg
 617,00 (N=2) .

AVIS MEDICAL



6) 617,00 Seron Salé 0,9%.

21,00 x10 Sachets de 100 cc
 (N=10)



Antagon injectable
 1 injection 3 fois / j
 (N=2).

*



115, Rue Sebta Ou des hôpitaux Casa
 pharmaciealiboudourcas@gmail.com
 Tél: 0522 86 04 68 / 86 54 37
 Fax: 0522 86 04 68 / 86 54 37
 RC: 252331-ICE: 001448477000066
 INPE: 092004357



115, Rue Sebta Ou des hôpitaux Casa
 pharmaciealiboudourcas@gmail.com
 Tél: 0522 86 04 68 / 86 54 37
 Fax: 0522 86 04 68 / 86 54 37
 RC: 252331-ICE: 001448477000066
 INPE: 092004357

Dr. EL AZIZI ASMAA
 Soins Palliatifs et
 Traitement de la Douleur

[Handwritten signature]

AL BOUDOURCAS Sarl.Au
 115, Rue Sebta Ou des hôpitaux Casa
 pharmaciealiboudourcas@gmail.com
 Tél: 0522 86 04 68 / 86 54 37
 Fax: 0522 86 04 68 / 86 54 37
 RC: 252331-ICE: 001448477000066
 INPE: 092004357



504780

PHARMACIE AL BOUDOUR SARL AU

ABDELKRIM TAOUDI BENCHEKROUN

0522 86 04 68

115 rue sebta quartier des hopitaux , casablanca



Facture N° FAC-131739

Date : 07/01/2022

BELGHITI ABDERRAHMAN

Maroc

Produit

Produit	Qté.	P.U	Total
CHLORURE DE SODIUM LAPROPHAN IN 0.9% 500ML POCHE INJECTABLE	10	21,00	210,00
PERIOLIMEL N4E POCHE DE 2000ML MV	2	617,00	1 234,00
SPASMOPAN IN 20MG B6 INJECTABLES	4	17,70	70,80
SOLUMEDROL IN 40MG 2ML B1 INJECTABLE	5	24,30	121,50
SANDOSTATINE IN 100µG B6 INJECTABLE	6	532,00	3 192,00
ESOPRA IN 40MG 5ML INJECTABLE	5	43,90	219,50

LOT : 4409
PER : 10-25
P.P.V : 17DH70

LOT : 4409
PER : 10-25
P.P.V : 17DH70

LOT : 4409
PER : 10-25
P.P.V : 17DH70

LOT : 4409
PER : 10-25
P.P.V : 17DH70

INPE: 092004357
RC: 252331-ICE: 001448477000066
Fax: 0522 86 04 67- IF: 40464164
Tel: 0522 86 04 68/ 86 54 37
pharmaciealboudourcas@gmail.com
115, Rue Sebta Qu. des Hopitaux, Casa
Pharmacie Al Boudour Sarl.Au

Total Organisme

0 DHS

Total Client

5 047,80 DHS

Total

5 047,80 DHS

Facture à la somme de : cinq mille quarante-sept DHS
et quatre-vingts centimes

-- LAPROPHAN --
PPV : 532DH00
Casablanca - Maroc
-- LAPROPHAN --
PPV : 532DH00
-- LAPROPHAN --
PPV : 532DH00
-- LAPROPHAN --
PPV : 532DH00
-- LAPROPHAN --
PPV : 532DH00

115, Rue Sebta Qu. des Hopitaux, Casa
pharmaciealboudourcas@gmail.com
Tel: 0522 86 04 68/ 86 54 37
Fax: 0522 86 04 67- IF: 40464164
RC: 252331-ICE: 001448477000066
INPE: 092004357

PPV : 43,90 Dhs

PPV : 43,90 Dhs PPV : 43,90 Dhs

PPV : 43,90 Dhs

PPV : 43,90 Dhs

IF: 40464164 TP: 36335059 RC: 252331 ICE: 001448477000066
Tel: 0522 86 04 68 RIB: 007 780 0003855000000261 84
Adresse : 115 rue sebta quartier des hopitaux , casablanca