

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.

Pathologie 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.

Educations :

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.

Prothésiste 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

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° P19-0048323

ND: 41187

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05623

Société : R.A.O

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RACHIDI

hassan

Date de naissance : 05.07.1960

Adresse :

Tél : 0661317267

Total des frais engagés : # 678,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Houda KADIRI MEKOUAR
Spécialiste en Rhumatologie
Angle Bd. Abdelmoumen et Rue
Soumaya Rés. Shehrazade 3-CASA
Tél. 98.02.39/98.03.28 - Fax : 98.05.52

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14.07.2020

INP: 091082768

Nom et prénom du malade : Rachidi

hassan

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection

Rhumatologique

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
14/7/22	VS		300,00	
17/7/22	CR		g	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

PHARMACIE AL BOUSTANE
580, Bd Ibn Sina Hay Hassani
CASA BLANC
Tél. 05 22 90 33 97

14/07

138,20

409,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

15/07/2020 Rx7

2000,00

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 :

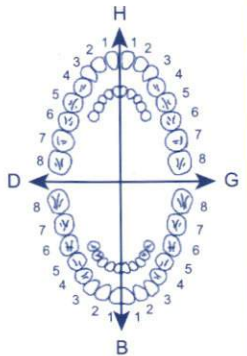
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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

	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	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. Houda Kadiri Mekouar

الدكتورة هدى القادري مكوار

SPÉCIALISTE EN RHUMATOLOGIE
MALADIE DES OS ET DES ARTICULATIONS

متخصصة في أمراض المفاصل (الروماتيزم)
و العظام

Casablanca, le 27/7/2020 -

75 Roché Harnau
50,60 x 2



Princip bet 1 cp x 3
20j

37,00

Duboustan



1 cp x 2

10j

188,00

Discontinuer



1 cp x 1

Mettre au milieu

x 6,50 1 cp x 20j



Nalfesc 1 cp x 2 / 1 cp x 2

PHARMACIE AL BOUSJANE
580, Bd Ibn Sina Hay Hassani
CASABLANCA
TEL : 05 22 90 33 97

0651 58 98 05 / 0522 98 02 39 / 98 03 28 : الهاتف : 3 الدار البيضاء - الهاتف :
Angle Bd. Abdelmoumen et rue Soumaya, Résidence Sherazade III, 1^{er} Etage, N°3 - Casablanca - Tel : 0522 98 02 39 / 98 03 28 / 0651 58 98 05

402,20

DULASTAN®

Dulastanol / Thiocolchicoside

500 mg / 2 mg

Orale
Boîte de 20 comprimés

Pharma

DOLASTAN® 500mg / 2mg دولاستان®

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصا

37,00

300 mg

36 Comprimés pelliculés

Voie orale

76,50



DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT APRÈS
				
				

PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6

118001

072644

بياسكليدين 300

300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين



1 gélule / jour
1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®
LABORATOIRES

30

GÉLULES
كبسولة

بياسكليدين 300[®]
300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين

ٲلٲٲٲٲ - ٲٲٲٲٲٲ

ٲٲٲٲٲٲ
B1

ٲٲٲٲٲٲ
B6

ٲٲٲٲٲٲ
B12

30 ٲٲٲٲٲٲٲٲٲٲ

عن ٲٲٲٲٲٲٲٲٲ

سٲٲٲٲٲٲٲٲ



PPV

LOT

PER

08/05

ٲلٲٲٲٲ - ٲٲٲٲٲٲ

ٲٲٲٲٲٲ
B1

ٲٲٲٲٲٲ
B6

ٲٲٲٲٲٲ
B12

30 ٲٲٲٲٲٲٲٲٲٲ

عن ٲٲٲٲٲٲٲٲٲ

سٲٲٲٲٲٲٲٲ



PPV

LOT

PER

08/05

ٲلٲٲٲٲ - ٲٲٲٲٲٲ

ٲٲٲٲٲٲ
B1

ٲٲٲٲٲٲ
B6

ٲٲٲٲٲٲ
B12

30 ٲٲٲٲٲٲٲٲٲٲ

عن ٲٲٲٲٲٲٲٲٲ

سٲٲٲٲٲٲٲٲٲ



PPV

LOT

PER

05/05

ٲلٲٲٲٲ - ٲٲٲٲٲٲ

ٲٲٲٲٲٲ
B1

ٲٲٲٲٲٲ
B6

ٲٲٲٲٲٲ
B12

30 ٲٲٲٲٲٲٲٲٲٲ

عن ٲٲٲٲٲٲٲٲٲ

سٲٲٲٲٲٲٲٲٲ



PPV

LOT

PER

08/05

DULASTAN®

Paracétamol / Thiocolchicoside

500 mg / 2 mg



Voie orale

Boîte de 20 comprimés

37.00

Pharma

DULASTAN® 500 mg / 2 mg **دولاستان®**

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصا

Dr. Houda Kadiri Mekouar

الدكتورة هدى القادري مكوار

SPÉCIALISTE EN RHUMATOLOGIE
MALADIE DES OS ET DES ARTICULATIONS

متخصصة في أمراض المفاصل (الروماتيزم)
و العظام

Casablanca, le 14/7/2020

Mr Rachidi Hassan
50,60 x 2, 107, 20

Znic(β) fort 14 x 3/j x

15j -

37,00

Dutasterone

14 x 2/j x

1 semaine

138,90

Dr. Houda KADIRI MEKOUAR
Spécialiste en Rhumatologie
Angle Bd Abdelmoumen et Rue
Soumaya Rés. Sherazade - CASA
Tél: 05 22 98 02 39 / 98 03 28
Gsm: 06 31 58 98 05
INP: 09108276

PHARMACIE AL BOUSTANE

PHARMACIE AL BOUSTANE
80, Bd Ibn Sina Hay Hassani
CASABLANCA
Tél: 05 22 90 33 97

زاوية شارع عبد المومن ورتقة سومية، إقامة شهرزاد III، الطابق الأول رقم 3 الدار البيضاء - الهاتف: 0651 58 98 05 / 0522 98 02 39 / 98 03 28

Angle Bd. Abdelmoumen et rue Soumaya, Résidence Sherazade III, 1^{er} Etage, N°3 - Casablanca - Tél : 0522 98 02 39 / 98 03 28 / 0651 58 98 05

Dr. Houda Kadiri Mekouar

الدكتورة هدى القادري مكوار

SPÉCIALISTE EN RHUMATOLOGIE
MALADIE DES OS ET DES ARTICULATIONS

متخصصة في أمراض المفاصل (الروماتيزم)
و العظام

Casablanca, le 14/7/2020

Dr Rochdi Hannou

Faire SVP Rx du rachis
lombosacré F + P

Dr. Houda KADIRI MEKOUAR
Spécialiste en Rhumatologie
Angle Bd Abdelmoumen et Rue
Soumaya Rés. Sherazade - CAS
Tél: 05 22 98 02 39 / 98 03
Gsm: 06 51 58 98 05
INP: 0522980239

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	95380	N° SEJOUR :	200040055	FACTURE N° 2005024246		DATE D'ENTREE : 15/07/2020		DATE DE SORTIE : 15/07/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : RACHIDI,Hassan							
MALADE : RACHIDI,Hassan											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	24.00	10.00	240.00					0.00	240.00

Intervenant :	186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .	TOTAUX :	240.00						240.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
DEUX CENT QUARANTE DHS			REMISE :		0.00	REGLE :		AVOIR :	
			RESTE DU :		240.00				
DATE FACTURE : 15/07/2020			EDITEE LE : 15/07/2020		PAR: ZBIRY		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :				
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				