

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

Éducation :

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° P19- 0012287

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 005222 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MENJRA TAYEB Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0012287

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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
18				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Cien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
ITE 12 11 21 22 GAUCHE			
13 14 15 HAUT			
16 17 18 ADULTES			
19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 BAS			
29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48			

ODF.
othèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux
H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis
		Fin de l'execution

...../...../.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 0542

Nom & Prénom MENJRA Tayeb.

Fonction : Retraité Phones 0661236017.

eMail

MEDECIN

Prénom du patient MENJRA Tayeb

Adhérent Conjoint Enfant

Age 01.01.41.

Date 10.4.2019

Nature de la maladie

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C-RCR		250 DA

PHARMACIE

Date 10.04.2019

Montant de la facture

3151.10

PHARMACIE LA ROTONDE
Leila Menjra
100, Bd. Abdelmouman
Casablanca - Tél : 05 22 23 47 76

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

MUPRAS
22 AVR 2019

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

ACQUETTE



Casablanca le : 10/04/2019

165,50 x 7

1 - ATACAND 16 MG

Mr MENJRA TAYEB



21,80 x 6
 1 comprimé par jour le matin au réveil

2 - CARDIOASPIRINE 100 MG

ou Anjelic 100
 Docteur Mouad CRIQUECH
 Cardiologue
 262, Bd. Yaâcoub El Mansour - Casablanca
 Tel: 0522 94 09 10 - GSM: 0662 80 19 75



196,20 x 7
 1 comprimé par jour après le déjeuner

3 - CRESTOR 5 mg



1 comprimé par jour le soir
 25,00 x 100 Bd. Abdelmoumen
 Casablanca
 4 - ZOTROL 50 mg



1/2 comprimé 2 fois par jour

5 - LYSANXIA



1/4 comprimé matin et soir

6 - CORDARONE

PHARMACIE LA ROTONDE
 Leïla Menjra
 100, Bd. Abdelmoumen
 Casablanca - Tel: 05 22 23 47 76

traitement de 3 mois

3151,10

Docteur Mouad CRIQUECH
 Cardiologue
 262, Bd. Yaâcoub El Mansour - Casablanca
 Tel: 0522 94 09 10 - GSM: 0662 80 19 75



PHARMACIE LA ROTONDE

100, bd abdelmoumen imm cimr

DR.LEILA MENJRA

R.C :253530

Patente:34770188

T.V.A.:

C.N.S.S:2663955

Tél : 0522234776

Le 11/04/2019

FACTURE N°231424

N° ICE : 000885346000047

~~PHARMACIE LA ROTONDE~~
~~Leila Menjra~~
~~100 Bd. Abdelmoumen~~
~~Casablanca - Tél : 05 22 23 47 76~~

TOTAL TTS:

3 151.10

Nbr Articles TVA 7% Base : 1 508,60 Montant : 98,69 TVA 20% Base : Montant : 191,78

Arrêté la présente facture à la somme de :
Trois Mille Cent Cinquante Un Dirhams et 10 centimes

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnoi al aquam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Opr.séc
Bte de 30
140/16 DMP/21NRO P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnoi al aquam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Opr.séc
Bte de 30
140/16 DMP/21NRO P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnoi al aquam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Opr.séc
Bte de 30
140/16 DMP/21NRO P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnoi al aquam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Opr.séc
Bte de 30
140/16 DMP/21NRO P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnoi al aquam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Opr.séc
Bte de 30
140/16 DMP/21NRO P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnoi al aquam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Opr.séc
Bte de 30
140/16 DMP/21NRO P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnoi al aquam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Opr.séc
Bte de 30
140/16 DMP/21NRO P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH
6 118001 183104

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables

PPV 25DH00 EXP 11/2021
LOT 86068 3

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables

PPV 25DH00 EXP 11/2021
LOT 86068 3

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables

PPV 25DH00 EXP 11/2021
LOT 86068 3

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables

PPV 25DH00 EXP 04/2021
LOT 70086 5

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables

PPV 25DH00 EXP 11/2021
LOT 86068 3

ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables

PPV 25DH00 EXP 11/2021
LOT 86068 3

ASPIRINE 500 mg
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

ASPIGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

ASPIGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

ASPIGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

ASPIGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

ASPIGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

UT. AV : 12 21
LOT N° : 1263549

P.P.V
23 10

UT. AV : 12 21
LOT N° : 1269421

P.P.V
23 10

UT. AV : 12 21
LOT N° : 1268549

P.P.V
23 10

