

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2759 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : H. L. I. N. Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed JELLAL
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris
24, Rue de Bagdad - CASA
Tél. 0522 48 27 88/RP

Date de consultation : 19/06/2017

Nom et prénom du malade : H. L. I. N. Fatima Age :

Lien de parenté : Même parenté Conjoint Enfant

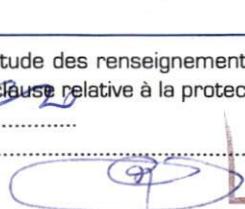
Nature de la maladie : DRIS + dyslipidémie

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 : 19/06/2017

Signature de l'adhérent(e) :  

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- N° 037572

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 : 2759

Nom de l'adhérent(e) : H. L. I. N.

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 14/07/2017

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
19/06/20	5	1	100	<i>Docteur Mohamed JELLAL Ex. Assistant C.H.U St Louis Paris 24, Rue de Bagdad - CASA TAI. 0622 48 27 91 PARIS</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE BRAHMA N°1, Brahma Route d'Amour CASABLANCA Tél : 05 22 26 91 46 ICE : 00170c901000022</i>	19/06/20	PHARMACIE BRAHMA N°1, Brahma Route d'Amour CASABLANCA Tél : 05 22 26 91 46 ICE : 00170c901000022 19/06/20 952000

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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

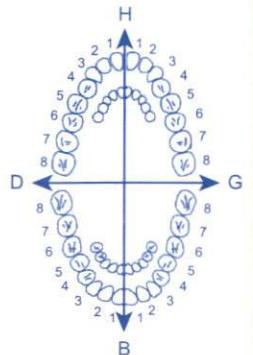
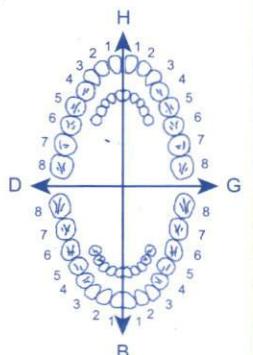
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	D 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	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

Docteur Mohamed JELLAL

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiam et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél. : 0522 48 27 88

الدكتور محمد جلال

طبيب سابق بمستشفى سانلوز بباريس
أمراض السكري - السمنة - الكوليسترول
الغدة الدرقية

هاتف : 0522 48 27 88

H. Ling Salma
Casablanca, le 19 - 06 - 20

186,20x2

1) Costar 5 mg
10x60x3

2) Slagid
393,00x14

3) Cumar 100
24,40x3

4) Levophylo x
levophylo x

Levophylo x
Levophylo x

5) Clavulin
149,00

PHARMACIE BRAHMA
N° 1 - Brahma Route d'Azemmour
BRAHMA CASABLANCA
Tél. : 05 22 46 91 46
Fax : 00212 90100022
CE : 00212 90100022

Docteur Mohamed JELLAL
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris
24, Rue de Bagdad - CASA
Tél. 0522 48 27 88

24، زقة بغداد (قرب زقة أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السادس - الباب التاسع

24, Rue de Bagdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni) - Casablanca

STAGID® 700 mg
metformine embonate
100 COMPRIMÉS SÉCABLES

Respecter les doses prescrites
الالتزام بـ جرعة الموصى بها

Liste I - Uniquement sur ordonnance
اقناعية - يصرف فقط بناء على وصفة طبية

LOT 200396
EXP 02 2023
PPV 107.60

STAGID® 700 mg
metformine embonate
100 COMPRIMÉS SÉCABLES

Respecter les doses prescrites
الالتزام بـ جرعة الموصى بها

Liste I - Uniquement sur ordonnance
اقناعية - يصرف فقط بناء على وصفة طبية

LOT 200396
EXP 02 2023
PPV 107.60

STAGID® 700 mg
metformine embonate
100 COMPRIMÉS SÉCABLES

Respecter les doses prescrites
الالتزام بـ جرعة الموصى بها

Liste I - Uniquement sur ordonnance
اقناعية - يصرف فقط بناء على وصفة طبية

LOT 200396
EXP 02 2023
PPV 107.60

PHILIPS

ng

Voie Or

Maphar

Km 10, Route Cétière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH



6 118001 183104

PHILIPS

ng

Voie Or

Maphar

Km 10, Route Cétière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH



6 118001 183104

Uniquement sur ordonnance



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

Uniquement sur ordonnance



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

Uniquement sur ordonnance



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

Produits prescrits
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

goses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

goses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862169336

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862169336

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862169336

NECTER LES DOSES PRESCRITE

I - UNIQUEMENT SUR ORDONNAN

ce 74786/120514-1
Léonard AMM 121/140MP/21/NRQ
urbevoie
on médic
nt autorisé

6 118001 160457
JANUVIA® 100 mg

Boîte de 28 Comprimés pelliculés
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 393,00 DH

SESS

cein

utilise
l'abre

NECTER LES DOSES PRESCRITE

I - UNIQUEMENT SUR ORDONNAN

ce 74786/120514-1
Léonard AMM 121/140MP/21/NRQ
urbevoie
on médic
nt autorisé

6 118001 160457
JANUVIA® 100 mg

Boîte de 28 Comprimés pelliculés
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 393,00 DH

SESS

cein

utilise
l'abre

NECTER LES DOSES PRESCRITE

I - UNIQUEMENT SUR ORDONNAN

ce 74786/120514-1
Léonard AMM 121/140MP/21/NRQ
urbevoie
on médic
nt autorisé

6 118001 160457
JANUVIA® 100 mg

Boîte de 28 Comprimés pelliculés
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 393,00 DH

SESS

cein

utilise
l'abre

NECTER LES DOSES PRESCRITE

I - UNIQUEMENT SUR ORDONNAN

ce 74786/120514-1
Léonard AMM 121/140MP/21/NRQ
urbevoie
on médic
nt autorisé

6

118001 160457

JANUVIA® 100 mg

Boîte de 28 Comprimés pelliculés

Distribué par MSD Maroc

P.P.V : 393,00 DH



SESS

cein

**utilise
l'abre**

PPV: 149,00 DH
LOT: 608428
PER: 10/20

