

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.

Diagnostique 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

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- 047999

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4835 Société : 55273

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAID BRIBER

Date de naissance : 03-03-1957

Adresse : DB EL MANIRA P. 71 N° 43

Tél. : 06.66.18.87.48 Total des frais engagés : 150,00 DH + 56,55 F DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur JAMIL Aicha
Médecine Généraliste (9428)
46, Rue Ahmed Sebbagh - Casa
Tél : 05.22.81.03.15

Date de consultation : 04/01/2021

Nom et prénom du malade : ZERRAD Stiguel BRIBER Age :

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

Nature de la maladie : D.N.I.D + Hypertension

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.

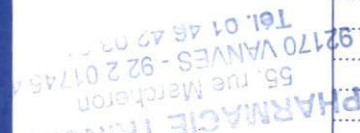
Fait à : Le : 14 JAN 2021

Signature de l'adhérent(e) : MUPRAS

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
04/01/2021	C		150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/20	56,55 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

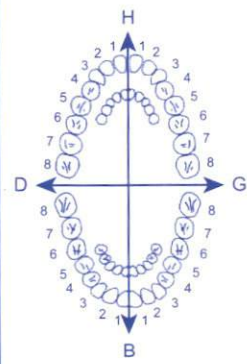
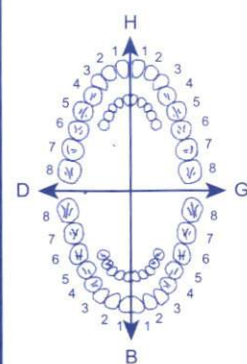
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

feuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

2 4 1 1 0 5

date 2 4 1 2 2 0 2 0 A A

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

ZERRAD SAADIA

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

ZERRAD SAADIA

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

TOT. AMO= 0,00

TOT. AMC= 0,00

TOT. ASS= 56,55

ADRESSE de L'ASSURE(E)

13 RUE DE CHATILLON 92170 VANEVS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

TRINCAL

N°RPPS

=> 922117718

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE TRINCAL

55 RUE RAYMOND MARCHERON

92170 VANVES

=> 92 2 01745 4

OP : WR

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

MEDECIN FICTIF

identifiant

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

3 5 1 9 9 9 9 6 6

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

2 4 1 2 2 0 2 0

NORMAL 10/0

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

X MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "**"
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

Code acte CIP / Ref LPP	Homéo	Top	Qte	PU	Mt factu.	Libellé	Nbre blés Util.	Mod. presc.	Indic. Substi.	Date déb loc	Date fin loc
PH7 3400937224611	4		2	5,53	14,72	GLUCOPHAGE 85					
HD7			2	1,02	2,04	HONORAIRE DISP					
PH4 3400935153609	2		6	2,32	13,92	SULPIRIDE 50MG					
HD4			6	1,02	6,12	HONORAIRE DISP					
PH7 3400930004562	4		5	1,11	5,55	CHOLECALCIFER					
HD7			5	1,02	5,1	HONORAIRE DISP					
PH7 3400932399482	4		2	1,49	2,98	SURGAM CPR 200					
HD7			2	1,02	2,04	HONORAIRE DISP					
HDR HDR			1	0,51	0,51	HONORAIRE MEDI					
HDE HDE			1	3,57	3,57	HONORAIRE MEDI					

imprimer les codes à barres
ou coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

5 6, 5 5

MONTANT TOTAL
en euros

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseurPHARMACIE TRINCAL
55 RUE RAYMOND MARCHERON
92170 VANVES - 92 2 01745 4
Tél 01 46 42 03 81signature de
l'assuré(e)

ZERRAD SAADIA

impossibilité
de signer

Dr JAMIL Aïcha
MEDECINE GENERALE

46, Avenue Ahmed Sebbag
Tél. : 05 22 81 03 15
Casablanca

PC: 03400937224611
SN: 85826290147
EXP 01/2025
Lot E204452

الدكتورة جميل
الطب العام

46, زينة أحمد
الهاتف : 05 22 81 03 15
الدار البيضاء

Casablanca, le 09/08/2023 في الدار البيضاء،

ZERRAD SAÏMA et ABIBER

- glucofage 850.
1 cp 1/2 après repas.
- sulpiride 50
1 cp 1/2 après repas.
- cholestyrol.
1 amp 18 x 5
- mife - 200.
1 cp + 2 1/2 après


Docteur JAMIL Aïcha
Médecine Généraliste (9428)
46, Rue Ahmed Sebbagh - Casa
Tél. 05.22.81.03.15

PHARMACIE
55, rue Mar
92170 VANVES -
Tél. 01 46


Lot JY002
EXP 03/2022
SN 27M8MNVVPV


Lot JY002
EXP 03/2022
SN 1233NC25TR


Lot JY002
EXP 03/2022
SN 2166FCF3XF


Lot JY002
EXP 03/2022
SN 2V28HV3P2


Lot JY002
EXP 03/2022
SN 2A2M64N2TR

03400932300482
SN 10632N3C4M7TN1
Lot OM64A
EXP 08/2023



SN
Lot

03400932300482
SN 10632N3C4M7TN1
Lot OM64A
EXP 08/2023



PHARMACIE TRINCAL
TRINCAL
55 RUE RAYMOND MARCHERON
92170 VANVES
Tel : 01-46-42-03-81
Fax : 09-70-29-50-18

ZERRAD SAADIA

N° Caisse : 92 2 01745 4

Opérateur : WR

Code

Ordon.

S Qte Designation

Facture 241105 du 24/12/2020

Délivrance du 24/12/2020

Non Sécurisé

MEDECIN FICTIF

351999966

Ordo du 24/12/2020

Act Punit Base R Hono. TxRo

3400937224611 N	2	GLUCOPHAGE 850MG CPR 90	PH7	7,36	5,53	1,02	000
408328							
3400935153609 N	6	SULPIRIDE 50MG MYLAN GELU PH4		2,32	2,32	1,02	000
408329							
3400930004562 N	5	CHOLECALCIFEROL 100 000UI PH7		1,11	1,11	1,02	000
408330							
3400932399482 N	2	SURGAM CPR 200 MG15CPR	PH7	1,49	1,49	1,02	000
408331							
HDR	N	1	Honoraire medicament remb HDR	0,51	0,51	0,00	000
HDE	N	1	Honoraire medicament spec HDE	3,57	3,57	0,00	000
Total	58,55	Total	RO 0,00 Total RC 0,00 Total Assure	56,55			



PC 03400930004562
SN 77374296437399
EXP 03 2022
LOT CB248



PC 03400930004562
SN 63689498222951
EXP 05 2022
LOT CB259



PC 03400930004562
SN 13637224010304
EXP 03 2022
LOT CB248



PC 03400930004562
SN 13176050365703
EXP 05 2022
LOT CB254



PC 03400930004562
SN 78928942164690
EXP 05 2022
LOT CB256