

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

### Radiologie 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 :

- ...

### 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 prothèse de traitement, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avec jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La facture de soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Affection Longue Durée ALD et ALC :

- déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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



Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-684628

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie                            | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)                               |                                       |                                  |                                 |
| Matricole : 2759 Société : ND                               |                                       |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                              | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | HLIN Fatima 165910              |
| Nom & Prénom :  |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : 21/7/1956                               |                                       |                                  |                                 |
| Adresse :   |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : 0665805656 Total des frais engagés : 3633,80 DHS Dhs |                                       |                                  |                                 |

Autorisation CNDP N°A-A-215/2019

|   |   |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin  |   |
| Cachet du médecin :   | Docteur Mohamed JELLAL<br>Ex Assistant C.H.U. St Louis Paris<br>24, Rue de Bagdad - CASA<br>Tél. 0522 48 27 66/68 |
| Date de consultation :  | 12/06/2013  |
| Nom et prénom du malade :   | Hlim Fatima   |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant               |
| Nature de la maladie :  | SHD + lymphome  |
| 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/06/2013

### 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/06/23        |                   |                       |                                 | <p>INP : 0110800012</p> <p>Docteur Mohamed JELLAÏ<br/>Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris<br/>24, Rue de Bagdad - CASA<br/>Tél. 01 45 27 20 00</p> |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| ANAHMA                                 | 12/06/23 | 3433,80               |

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |

nabta, Aïn Sébaïd, Maroc  
n° 10, route colline 111, Quartier industriel,

laboratoire

WYETH FRANCE

8001 102020

thyrox® 100 µg,  
mises sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

118001 102020

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

7862160342

en de l'ODF.

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN

O.D.F.  
PROTHESSES DENTAIRES

COEFFICIENT

PROTHESSES DENTAIRES

ar

Sebâg, Maroc

route colline 111, Quartier in

laborato

WYETH FRANCE

8001 102020

thyrox® 100 µg,  
mises sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

en de l'ODF.

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN

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 سانلويز بباريس  
أمراض السكري - السمنة - الكوليسترول

الغدة الدرقية

الهاتف : 0522 48 27 88

383 X 6

Casablanca, le .....

12/06/83

1/ Januvia 100 mg x 1

2/ Metformin 500 mg x 4

3/ Glynase 40 mg x 3

4/ Glipizide 20 mg x 4

5/ Glipizide 10 mg x 4

6/ Glipizide 10 mg x 4

7/ Glipizide 10 mg x 4

8/ Glipizide 10 mg x 4

9/ Glipizide 10 mg x 4

10/ Glipizide 10 mg x 4

11/ Glipizide 10 mg x 4

12/ Glipizide 10 mg x 4

13/ Glipizide 10 mg x 4

14/ Glipizide 10 mg x 4

15/ Glipizide 10 mg x 4

Maphar  
Bd Aklimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30

P.P.V : 114,16 DH

Docteur 6 118001 183104

Ex. Assist.

24, Rue de Bagdad - CASA

Tel: 0522 48 27 88

24, زنقة بغداد (قرب زنقة أكادير ومصطفى المعاني) - الطاطق السفلي - الدار البيضاء

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

JANUVIA® + GROSSESSE  
DANGER

Ne pas utiliser chez la femme enceinte  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

P.P.V: 393,00 DH.  
Distribué par MSD MAROC,  
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

Ne pas utiliser chez la femme enceinte  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

P.V: 393,00 DH.  
Distribué par MSD MAROC,  
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

Ne pas utiliser chez la femme enceinte  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

P.V: 393,00 DH.  
Distribué par MSD MAROC,  
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

Ne pas utiliser chez la femme enceinte  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

P.P.V: 393,00 DH.  
Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

Ne pas utiliser chez la femme enceinte  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

P.V: 393,00 DH.  
Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

Ne pas utiliser chez la femme enceinte  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

P.P.V: 393,00 DH.



6 118001 102006  
Levthyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

78521603035

49,40



6 118001 102006  
Levthyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

78521603035

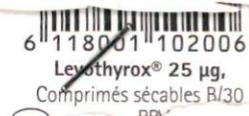
49,40



6 118001 102006  
Levthyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

78521603035

49,40



6 118001 102006  
Levthyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
ppv:

78521603035



6 118001 102013  
Levthyrox® 50 µg,  
Comprimés sécables B/30

9610291258

Date de première ouverture /  
تاريخ إلزام العبوة  
الحادي عشر

Posologie:  
الجرعات:

0.900...  
مقدار المعنون

جرام

دوسيطة

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



118001 100651

دوسيطة

LOT 223267  
EXP 10 2025  
PPV 107.50



LOT 223267  
EXP 10 2025  
PPV 107.50



LOT 223267  
EXP 10 2025  
PPV 107.50



LOT 223267  
EXP 10 2025  
PPV 107.50

