

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 :

- 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

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.

M22- 0030930

(184031)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2867 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ESSAKI EL NOSTRAFA

Date de naissance : 18/11/55

Adresse : 263 Rue d'Algérie

Tél. : 026.6132.1595 Total des frais engagés : .Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR MOHAMED JELLA
EX. ASSISTANT C.H.U. ST LOUIS PARIS
24, RUE DE BECHDAD - CASA
TEL. 0522.49.27.70

Date de consultation : 22/11/2019 Age :

Nom et prénom du malade : Eddar Bl. Ben fah

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DM

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 22/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :



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
20/11/03	3	1	100	L'ARTISTE MONTAÑO JELLAL Ex. Assistant CHU St Louis Paris 24, Rue de Bagdad - CASA Tél. 0522 48 27 00/00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/11/2023	1906,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

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 سانلوريز بباريس

أمراض السكري - المعدة - الكوليسترول

الندة الترقية

الهاتف: 0522 48 27 88

Casablanca, le

$$3 \times 208,00 = 624,00$$

$$3 \times 87,59 = 262,59$$

$$3 \times 42,00 = 67,20$$

$$3 \times 26,50 = 80,70$$

$$3 \times 36,20 = 108,60$$

$$3 \times 10,70 = 32,10$$

$$2 \times 96,00 = 192,00$$

$$2 \times 32,00 = 64,00$$

$$75,00$$

$$57,40$$

$$49,00 =$$

$$11,00$$

$$1906,90$$

24، زنقة بغداد (قرب زنقة أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السفلي - الدار البيضاء

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



Dr. Mohamed JELLAL
Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris
24, Rue de Bagdad - CASABLANCA
Tél. 0522 48 27 88

LOT 222915
EXP 09 2025
PPV 36.20

x 3 Ced



LOT 230742 1
X 3 Ced
EXP 02 2026
PPV 26 90

AMM N°: 528/17DMP/21/NRQ/R1

N° Lot: 2TJ595
Fab: 06/2022
Per: 06/2025 P.P.V. 51.40 MAD (Dhs)

49,40



X 2 Ced
PPV: 96DH00
PER: 09/25
LOT: M1410-3

LOT: 4972
PER: 06 - 26
P.P.V: 32 DH 00

LOT : 3856
PER : 04 - 26
P.P.V : 32 DH 00

Medicam

* VIGNETTE
VI40977/01
NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

* VIGNETTE
VI40977/01
NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

دوامول®
Xolamol®
X 3 Ced

Lot: A D 0 3 1 4
Fab: 0 4 2 3
Exp: 0 4 2 5
P.P.V: 110 DH 70



LOT: JC30802
PER: 06/2025
PPV: 75 DH 00

Cipl
Etiq

ASKARD 75 mg 30 comprimés disper

PPV 22DH40
EXP 05/2025
LOT 31004 5

x 3
Ced

PH.CROIX DU SUD

MME KTIRI JOUNDY FATIMA

62 RUE MED SEDKI

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35424065

N° R.C. : 372691

N° ID.F. : 20763230 N° ICE 001727771000005

N° CNSS: 1175638

Tel : 022277534

Fax : 022208027

Mr bddari el mostapha

I.C.E. :

Le : 22/11/2023

FACTURE N°: 10473/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
3	COVERAM 5MG/5MG BT/ 30 CP	208.00	624.00
3	NEBILET 5MG 28CPS	87.50	262.50
3	ASKARDIL 75MG B 30 CPS	22.40	67.20
3	ODIA 1MG B 30	26.90	80.70
3	XOLAMOL SOLUTION OPHTAL	110.70	332.10
2	PRAZOL 20MG /28GELULES	96.00	192.00
2	CLARTEC 10 MG / 15 CP	32.00	64.00
1	NAZAIR SPRAY NASALE /100DO	75.00	75.00
1	DIVIDO 75 MG B/ 20 GELULES	51.40	51.40
1	COLTRAMYL 12CPS	49.40	49.40
3	STAGID 700MG /30CPS	36.20	108.60

TVA 7%: 49.97 Total : 1 906,90

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE NEUF CENT SIX DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

