

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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



Déclaration de Maladie

N° W19-430480

34181

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	802	Société :	Retraitee RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ASSIA
Nom & Prénom : JOTI ASSIA			
Date de naissance :	19-01-45		
Adresse : Hay El Hana Rue 27 n°8 Casablanca			
Tél. :	05 22 20 45 45	Total des frais engagés : 1274,60 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Document Mutualisé			
Cachet du médecin :			
Assia JOTI			
Date de consultation : 12-05-2020			
Nom et prénom du malade : JOTI Assia			
Age: 79 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Contre-attire myalgia dorsolgie - Lombalgie			
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12-05-2020

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
12/05/2020	ca		300,- dh	INP : 0811327100

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formulateur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE MILAN DE SIDI BOUZID 280, Bd Sidi Salam Tel. 0522 94 65 30 - C.A.S.T. A.D.	12/05/20	974,60

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

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

D-CURE® FORTE			
3 ampoules buvables			
Le prati... 14 PPV: 49,60 DH LOT: 20C02 EXP: 03/2023			
PPV: 49,60 DH LOT: 20C02 EXP: 03/2023			
canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			INP : []
			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
			MONTANTS DES SOINS []
			DEBUT D'EXECUTION []
			FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
COEFFICIENT DES TRAVAUX []			
MONTANTS DES SOINS []			
DATE DU DEVIS []			

Docteur Mohammed TAHA

Spécialiste en médecine physique et réadaptation

Maladie des os et des articulations

Maladies neuromusculaires

Médecine et biologie du sport - Traumatologie du sport

Médecine manuelle et ostéopédique

Podologie - Semelles orthopédiques

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille II - France

الدكتور محمد طه

اختصاصي في الطب الفيزيائي والتأهيل

أمراض العضام والمناصل وأمراض الجهاز العصبي

اختصاصي في الطب الرياضي

طب اليد ونحوه - نفوم العضام

طب القدم - ضبلات طيبة

خريج كلية الطب بلييل ٢٠١١ - فرنسا



12/05/2020



Assia



	145,90	26	5me	30TI	Assia	S
1)	Coversyl	qsp trois	5 me	7cp 2f/j	mois	
			100000			
2)	D-Care	deux	boîts			
	119,60	22				
	1 an pour le		tous les			
	qui je		jours x trois			
	mois					
	374,60					

Dr. MOHAMMED TAHA
Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation
Casablanca, Maroc
Tél. : 0522 98 99 94
Fax : 0522 99 41 43
GSM : 0661 31 81 26
dr.mohammedtaha@gmail.com

6, Rue Ahmed Annassiri
Résidence Ahl Agadir - 1^{er} Etage
Casablanca
Patente : 34772113

الهاتف : 0522 98 99 94
فاكس : 0522 99 41 43
الfax : 0661 31 81 26
dr.mohammedtaha@gmail.com

زنقة أحمد الناصري
إقامة أهل أكادير - الطابق 1
الدار البيضاء

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables 5 mg

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables 5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables



Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants

Composition : un comprimé pelliculé contient 5 mg de péridopril arginine.

Excipient : q.s.p. un comprimé pelliculé.

Contient du Lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.

Posologie, indications, contre-indications, précautions d'emploi et effets indésirables : lire attentivement la notice interne.



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, Lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قالمة 1 : لا يصرف إلا بوجوب وصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

145,90

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables 5 mg

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables 5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables



Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants

Composition : un comprimé pelliculé contient 5 mg de péridopril arginine.

Excipient : q.s.p. un comprimé pelliculé.

Contient du Lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.

Posologie, indications, contre-indications, précautions d'emploi et effets indésirables : lire attentivement la notice interne.



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, Lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قالمة 1 : لا يصرف إلا بوجوب وصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

145,90

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables 5 mg

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables 5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables



Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants

Composition : un comprimé pelliculé contient 5 mg de péridopril arginine.

Excipient : q.s.p. un comprimé pelliculé.

Contient du Lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.

Posologie, indications, contre-indications, précautions d'emploi et effets indésirables : lire attentivement la notice interne.



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, Lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قالمة 1 : لا يصرف إلا بوجوب وصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

145,90

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables 5 mg

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables 5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables



Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants

Composition : un comprimé pelliculé contient 5 mg de péridopril arginine.

Excipient : q.s.p. un comprimé pelliculé.

Contient du Lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.

Posologie, indications, contre-indications, précautions d'emploi et effets indésirables : lire attentivement la notice interne.



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, Lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قالمة 1 : لا يصرف إلا بوجوب وصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

145,90

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables 5 mg

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables 5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables



Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants

Composition : un comprimé pelliculé contient 5 mg de péridopril arginine.

Excipient : q.s.p. un comprimé pelliculé.

Contient du Lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.

Posologie, indications, contre-indications, précautions d'emploi et effets indésirables : lire attentivement la notice interne.



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, Lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قالمة 1 : لا يصرف إلا بوجوب وصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

145,90

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables 5 mg

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables 5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables



Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants

Composition : un comprimé pelliculé contient 5 mg de péridopril arginine.

Excipient : q.s.p. un comprimé pelliculé.

Contient du Lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.

Posologie, indications, contre-indications, précautions d'emploi et effets indésirables : lire attentivement la notice interne.



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, Lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قالمة 1 : لا يصرف إلا بوجوب وصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

145,90



valable 3 mois

Le / /2

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Docteur Mohammed TAHAA

Certifie que Mlle, Mme, M. :

JOTI Assia

Présente

une hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

trois mois

Dont ci-joint ordonnance :

coversyl 5 mg 1cp 2f/1

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-13 / fax : 0522-22-78-33

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

[Handwritten signature]

Formulaire Portail Adhérent

CIN : B345210

Matricule* : 606

Nom* : EL HARTI

Prénom* : Abdelouafid

Date de Naissance* : 01/07/1947

Adresse* : Maiy El Hana Rue 29 n°8

Ville* : Casablanca

Pays* : Maroc

Code Postal* :

Email1* : allanti.66@hotmail.com

Email2 :

Mobile1* : 0663709421

Mobile2 :

Tél Fixe : 0522362206

*Obligatoire

MUPRAS collecte vos données en vue de gérer la couverture de santé. Vos données peuvent être communiquer aux services MUPRAS, aux prestataires de santé au Maroc et sous-traitant situé dans un pays assurant une protection suffisante de la vie privée. Vous disposez d'un droit d'accès de rectification et d'opposition en s'adressant à : SI@mupras.com

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur MUPRAS.

Casablanca, le 21/07/2020

Signature

Lu et approuvé


E. Ben et approuvé

Formulaire Portail Adhérent

CIN : B345146

Matricule* : 8102

Nom* : JOTI

Prénom* : ASSIA

Date de Naissance* : 19/01/1945

Adresse* : Hay Zl Hana Rue 27 n° 8

Ville* : Casablanca

Pays* : Maroc

Code Postal* :

Email1* : Jotramani.1901@hot-mail.com

Email2 :

Mobile1* : 0664 458397

Mobile2 : 0663 70 94 24

Tél Fixe : 0522 362204

*Obligatoire

MUPRAS collecte vos données en vue de gérer la couverture de santé. Vos données peuvent être communiquer aux services MUPRAS, aux prestataires de santé au Maroc et sous-traitant situé dans un pays assurant une protection suffisante de la vie privée. Vous disposez d'un droit d'accès de rectification et d'opposition en s'adressant à : SI@mupras.com

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur MUPRAS.

Casablanca, le 21/07/2020

Signature

Lu et approuvé

Lu et approuvé

fzt