

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

ptique :

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

éducation :

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.

entaire :

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5114 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : IMANI Jelal

Date de naissance : 15-07-09

Adresse : 3 ave Talha Hanafi

Tél. : 0228 998602 Total des frais engagés : 832100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Caïd Le : 12/09/2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 canalaire, 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 canalaire.

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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fekir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'H. Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.n.upras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5114

Société : Ratam

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TANIA JALAL

Date de naissance : 15/07/159

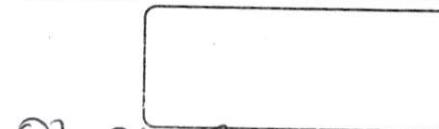
Adresse : 3 Rue Tala Hocine, Casablanca

Tél. : 06 22 09 76 02

Total des frais engagés : 83.0

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/04/2020

Nom et prénom du malade : TANIA JALAL Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : HTA + diabète

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 17/04/2020

Signature de l'adhérent(e)



Edo

Docteur Faouzia DAOUDI

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine de Marseille



MÉDECINE GÉNÉRALE
PSYCHOTHÉRAPIE (SUR RDV)
SEXOLOGIE - ADDICTOLOGIE
DIABÉTOLOGIE
DIÉTÉTIQUE
HOMÉOPATHIE
MEDECINE DU TRAVAIL
MALADIES TROPICALES
ECHOGRAPHIE CLINIQUE

الدكتورة فوزية الداودي
خريجة كلية الطب بمرسيليا

الطب العام
الطب النفسي (بالموعد)
الطب الجنسي - الإدمان
داء السكري
الحمية والتغذية
الطب الطبيعي
طب الشغل
أمراض المناطق المدارية
الفحص بالصدى

Casablanca, le 03/04/2020.....

IMANI JALAL

- **Triatec 5 mg - comprimé**
1 Comprimé, matin, pendant , 3 mois 3 x 122,10
- **Kardegic 75 mg - poudre en sachet**
1 sachet par jour3 mois 3 x 30,70
- **Glucophage 850 mg - comprimé pelliculé**
1 Comprimé matin , midi et soir, pendant 3 mois 3 x 45,20
- **Diamicron 60mg - comprimé**
2 Comprimés matin3 mois 3 x 78,70

$$\underline{L = 830,10}$$

صيدلية الرودادي
PHARMACIE ROUDANI
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU
26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef
Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

Dr. FAOUZIA DAOUDI
Rue Abou Abdellah Nafii B - 2 Bis
Casablanca - Tel: 05 22 27 12 24
Fax: 05 22 27 12 24
Gsm: 06 61 41 92 71

6118000 060192



30 Comprimés

TRIATEC® 5mg



A conserver à une température inférieure à 25°C.

Uniquelement sur ordonnance / Tableau A

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

TRIATEC[®] 5mg

122,19

6118000 060192



30 Comprimés

TRIATEC® 5mg



A conserver à une température inférieure à 25°C.

Uniquelement sur ordonnance / Tableau A

ESPECIER LES DOSES PRÉSCRITES

TRIATEC[®] 5mg

122,19

6118001130153



60 comprimés

DAMICRON® 60 mg

SERVIER MAROC



Maroc

Route d'Azemour, 20180 Casablanca

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

SERVIER MAROC

Les Laboratoires Servier - France



Liste 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

جبل أيلاد، 20180 الدار البيضاء، المغرب

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

جبل أيلاد، 20180 الدار البيضاء، المغرب

60 Comprimés sécables à Libération Modifiée

Gliclazide

DAMICRON® 60 mg

611801

6118001130153



60 comprimés

DAMIGRON® 60 mg

SERVICE MAROC



Maroc

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

Im. ZEVACO, lot FATH 4

SERVICE MAROC

Les Laboratoires Servier - France

SERVICE



Liste 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

جبل أيلاد، 20180 الدار البيضاء، المغرب

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

الدواء يحتوي على مادة

60 comprimés sécables à libération modifiée

Gliclazide

DAMIGRON® 60 mg

61187

242600060-02

6118001130153



60 comprimés

DAMICRON® 60 mg

SERVICE MAROC



Maroc

Route d'Azezmour, 20180 Casablanca

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

SERVICE MAROC

Les Laboratoires Servier - France



Liste 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

الطب الأدوية والمستلزمات الطبية

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

الطب الأدوية والمستلزمات الطبية

60 Comprimés sécables à Libération Modifiée

Gliclazide

DAMICRON® 60 mg

61187

242600060-02

LOT 200253
EXP 02/2025
PPV 45.20DH

Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate



Voie orale

60 Comprimés pelliculés

Merck Serono

LOT 200253
EXP 02/2025
PPV 45.20DH

Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate



Voie orale

60 Comprimés pelliculés

Merck Serono

LOT 200253
EXP 02/2025
PPV 45.20DH

Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate



Voie orale

60 Comprimés pelliculés

Merck Serono