

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.  
Une 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.

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## Pathologie 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.

Remarque :

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

## Formation :

Une 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.

## Remarque :

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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 059999

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2840

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHLOU Mohamed KHALIL

Date de naissance : 18.08.53

Adresse : 1 BLVD BAHMAD Residence cheng 1 n° 19

Réserve de Casablanca

Tél. : 06 22 41 29 22

Total des frais engagés :

**MUPRAS**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed JELAL  
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris  
24, Rue de Bagdad - Casablanca  
Tél. 05 22 48 27 00

12 NOV. 2020

**ACCUEIL**

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
24/09/20	Assistance médicale 24, Rue de Bagdad - St Louis Tél. 0522 28 97 00	200	Docteur Mohamed JELLA Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris 24, Rue de Bagdad - St Louis Tél. 0522 28 97 00	

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	24/09/20					280,00

[illegible]



ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles  
PPV 22DH40  
EXP 05/2021  
LOT 94026 2

FLUDEX® LP  
30 Comprimés pelliculés à Libération Prolongée

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles  
PPV 22DH40  
EXP 02/2022  
LOT 90039 12

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles  
PPV 22DH40  
EXP 02/2022  
LOT 90039 12

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles  
PPV 22DH40  
EXP 11/2021  
LOT 90039 12

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles  
PPV 22DH40  
EXP 11/2021  
LOT 90039 12

FLUDEX® LP  
30 Comprimés pelliculés à Libération Prolongée

68,20

86,00

57,00

57,00

57,00

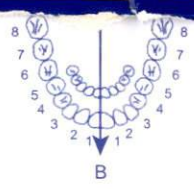
LOT 182315 LOT 182315  
FAB 12 2018 EXP 03 2020  
PPV 22DH40  
LOT 90039 12

Sothema  
Fabriqué par / Manufactured by  
Laboratoires SOTHEMA  
P.O. Box N°1, 20180 Boukoura - Morocco

Sothema  
Fabriqué par / Manufactured by  
Laboratoires SOTHEMA  
P.O. Box N°1, 20180 Boukoura - Morocco

INSULET RAPIDE  
100 Unités, Flacon 10 ml  
Solution injectable  
AAM N°152 DM/P21

INSULET RAPIDE  
100 Unités, Flacon 10 ml  
Solution injectable  
AAM N°152 DM/P21



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	11433553	

INSULET MIX 30  
100 Unités, Flacon 10 ml  
Solution injectable  
AAM N°152 DM/P21

Sothema  
Fabriqué par / Manufactured by  
Laboratoires SOTHEMA  
P.O. Box N°1, 20180 Boukoura - Morocco

INSULET RAPIDE  
100 Unités, Flacon 10 ml  
Solution injectable  
AAM N°152 DM/P21

Sothema  
Fabriqué par / Manufactured by  
Laboratoires SOTHEMA  
P.O. Box N°1, 20180 Boukoura - Morocco

mont, adjon  
e, nécessaire

Sothema  
Fabriqué par / Manufactured by  
Laboratoires SOTHEMA  
P.O. Box N°1, 20180 Boukoura - Morocco

BIONINE  
Blood Glucose Test Strip



2021-06-04  
211970901

GM300 use with

**Docteur Mohamed JELLAL**

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiarn et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél.: 0522 48 27 88

**الدكتور محمد جلال**

طبيب سابق بمستشفى سانلويز بباريس

أمراض السكري - السمّنة - الكولسترول

الغدة الدرقية

الهاتف: 0522 48 27 88

Casablanca, le 24/09/20

Handwritten notes and signatures in blue ink, including names like Khalid, Achraf, and others, along with various numbers and dates.



Docteur Mohamed JELLAL  
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris  
24, Rue de Bagdad - CASA  
Tél. 0522 48 27 88

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



**BIONINE**  
Blood Glucose Test Strip



LOT

2021-12-05

212010604





# STE CHERKAOUI MEDICAL


MOHAMED KHALIL LAHLOU

**FACTURE N° : 2020000070**

ICE :

Casablanca le, 05/11/2020

Code Client : 000392

Désignation	Qté	P.U.	Montant	Tva
bionime pt 50	2.00	140.00	280.00	20.00%
				

233.33	20 %	46.67

TOTAL H.T.	233.33
TOTAL T.V.A.	46.67
TOTAL T.T.C.	280.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**DEUX CENT QUATRE VINGT DH.**

58, RUE SAINT SEANS BELVÉDÈRE RUE SAINT SAENS N 14 IMM DAR EL KHIR BELVÉDÈRE - CASABLANCA Tél.:

0522245989 - Fax: 0522245989

I.F.: 14462108 Patente: 30391064 R.C.: 291259 C.N.S.S.: 9780083

E-Mail: cherkaoui.para@gmail.com

ICE : 000162689000042