

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

générales :

Le réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
Le réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. La feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
La préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, soins multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que tous les actes effectués en série.

Pour l'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Les étiquettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

et Biologie :

Une 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.

Le document confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de celle.

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

La préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de traitements.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Pour les prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est exigé avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La facture après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Affection Longue Durée ALD et ALC :

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

Liens utiles

- ✉ contact@mupras.com
- ✉ pec@mupras.com
- ✉ adhesion@mupras.com

En tant qu'adhérent, je m'engage à respecter la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.



NR = 24421
Déclaration de Maladie
Nº P19- 0042703

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5394

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : N.R. OUARBI

Date de naissance : 14/11/1963

Adresse : Rambatelle

Tél. 0661179797

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/11/2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le 10/11/2020

ÉLÈVE D'IS

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre des Coefficients	Montant detaille des Honoriaires	Cachet et signature du Medecin attestant le paiement des Actes
06 03 2013	eu des malades que la IASS CAJABLANCA	6	G	Signature de Dr MAMADOU SALL IASS CASABLANCA 25-36

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TILIA Voie d'Aménagement H.H 47 N°1 Hay Laymoune - Hay Hassani Tel: 05 22 93 88 84 - Fax: 05 22 93 87 15 CE 001551566000078 - IF: 4015506U	06/03/2020	2453,60

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi qu'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G		MONTANTS DES SOINS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTE

valable 3 mois

Le 06/03/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au ~~docteur~~ ~~mon docteur~~ **BENNIS**
~~pécialiste des maladies cardiovasculaire~~
98, Rue KADI LISS - MAARIF
CASABLANCA 25 36)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Professeur Ahmed BENNIS
spécialiste des maladies cardiovasculaire
98, Rue KADI LISS - MAARIF
CASABLANCA 25 36



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le:

CASA , Le 06/03/2020

Mme SALOUA OUAHBI

27,70x3

1) CARDIOASPIRINE Comprime Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1 comprimé à midi, au cours du repas, pendant 3 mois

2) CRESTOR Comprime Pellicule à 10 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

3) LOPRESSOR RETARD Comprime Secable à 200 mg Bte 14 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

4) STILNOX Comprime Pellicule Secable à 10 mg Bte 20 Comprime

Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

5) APROVEL Comprime Pellicule à 150 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

6) ALDACTONE Comprime à 50 mg Bte 20 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

S.V

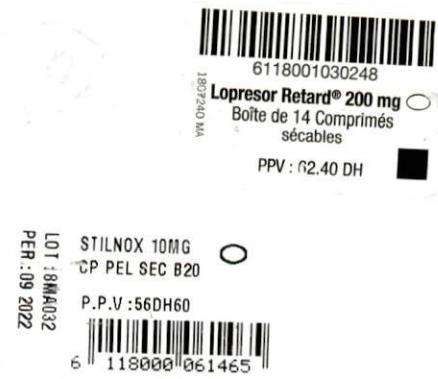
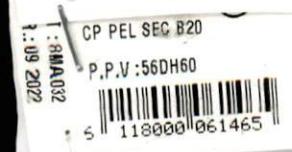
S.V

S.V

S.V

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies cardiovasculaires
98, Rue Kadi lass - CASABLANCA
Maroc
Tél: 0522253600 - Fax: 0522253601 - Mobile: 0661321866

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H
Boulevard Hassan II
Tél: 0522 93 86 04 - Fax: 0522 93 87 15
ICE: 00155156600078 - IF: 40155060



spironolactone

spironolactone

السيروتون

سيرونولاكتون



P.P.V: 57DH70

LOT: B20576

EXP: 09.2020



spironolactone

spironolactone

السيروتون

سيرونولاكتون



P.P.V: 57DH70

LOT: B20576

EXP: 09.2020



spironolactone

spironolactone

السيروتون

سيرونولاكتون



P.P.V: 57DH70

LOT: B20576

EXP: 09.2020



spironolactone

spironolactone

السيروتون

سيرونولاكتون



P.P.V: 57DH70

LOT: B20576

EXP: 09.2020



spironolactone

spironolactone

السيروتون

سيرونولاكتون



P.P.V: 57DH70

LOT: B20576

EXP: 09.2020

