

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-540879

ND: 31732

CA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8784 Société : RAMI,			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e) MERZAK	<input type="checkbox"/> Autre : RACHID -	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0642412246 Total des frais engagés : #59950# Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Docteur TAGNAOUTI Brahi Médecine Générale 70, Rue de Normandie Maârif Casablanca - Tel.: 05 22 20 45 45	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : BEKAOUI HASSNA - 08 JUIL 2020	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : anémie	
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.	

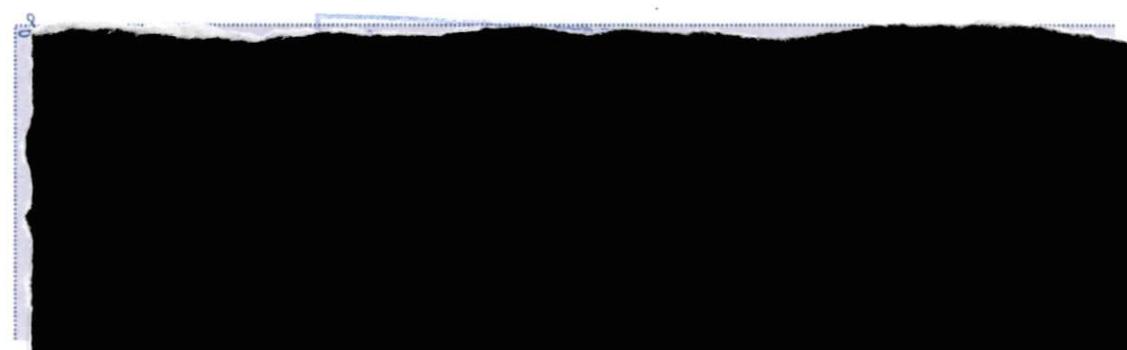
ACCUEIL

MUPRAS

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) :



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
13/03/2020	C	61	2000	INP : 30174000 Médecin : Dr TIGNADOUX Centre de Santé de Normandie Matin Tél : 05 22 25 50 66

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

RELEVÉ DES TRAITS 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.																										
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées [Empty box]	Nature des Soins [Empty box]	Coefficient [Empty box]	INP : <input type="text"/>																						
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																						
				<input type="text"/>																						
				MONTANTS DES SOINS																						
				<input type="text"/>																						
				DÉBUT D'EXÉCUTION																						
				<input type="text"/>																						
				FIN D'EXÉCUTION																						
				<input type="text"/>																						
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;">00000000</td> <td style="border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">35533411</td> <td style="border-top: none;">11433553</td> <td style="border-top: none;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D	00000000	G	35533411	11433553		B		
					H		G																			
					25533412	21433552																				
					00000000	00000000																				
					D	00000000	G																			
					35533411	11433553																				
B																										
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																										
<input type="text"/>																										
MONTANTS DES SOINS																										
<input type="text"/>																										
DATE DU DEVIS																										
<input type="text"/>																										
DATE DE L'EXÉCUTION																										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																										

Dr. TAGNAOUTI Brahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif
CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 59 32

الدكتور إبراهيم التكناوتي

خريج كلية الطب ببوردو
الطب العام

70، زنقة نورماندي - المعاريف
دار البيضاء - الهاتف، 05 22 25 59 32

Casablanca, le

15 Mai 2020

الدار البيضاء، في

Mme Bellaoui Henna

291.00 Foster



45.30 Venololee spray

18muffles 24

63.60 Zytree 10

3 bottles ex cas de luxe

300.50

1019

Docteur TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif
Casablanca - Tél.: 05 22 25 59 32

LAMRANI MERYEM
Pharmacie des Familles Angle Rues
de Normandie et Imam Tabarani
Casablanca - Tel: 0522 25 05 60

Zyrtec

1mg/ml

Cétirizine

Voie orale



Solution buvable
Flacon de 60 ml



GlaXoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

PPV : 45,30 DH
VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses



EXP 12 2020
Lot U980

Avant la délivrance aux patients:
conserver au réfrigérateur entre 2°C et 8°C
Après délivrance aux patients:
Conserver à une température ne dépassant pas 25°C
Pour les Pharmacien:

Inscrire la date de délivrance aux patients sur l'étiquette adhésive de l'étau, et coller l'étiquette sur l' inhalateur.

S'assurer qu'il y a une période d'au moins de 5 mois entre la date de délivrance et la date d'expiration inscrite sur l'étau.

Excipient à effet notoire: éthanol anhydre

Foster 100/5µg, solution pour
inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

LISTE I

RÉSPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS
SOUMIS A PRESCRIPTION MÉDICALE

31,90

