

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

biologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : 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 caractére 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	21118	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		TALLABI AHMED	
Date de naissance :		01/01/1949	
Adresse :		AL KHOURAMA - EX N° 185 - Casablanca	
Tel :		05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18 Total des frais engagés :	
		+ 618,10 + Dhs	

Cadre réservé au Médecin

L'achet du médecin		Dr. Mehdi BENELLOUN <small>الدكتور مهدي بنلoun</small> CARDIOLOGUE Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chanda - El Oulta Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 30 14 INPE: 91170370	
Date de consultation :	07/11/2011	Nom et prénom du malade :	TALLABI FATIMA Age: 65,55
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : HTA + PALPITATIONS			
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

Le : 07/11/2011

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

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
07/07/2020	CC1 ECG		150,00 100,00	Mehdi BENELLOUN CARDIOLOGUE Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 30 14 INPE: 91170670

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SQUEIANE Groupe K N° 154 N° 27/25 El Oued - Désirance Tél.: 05 22 69 09 63 I.C.E : 000500248000026	07/19/2020	PHARMACIE SQUEIANE Groupe K N° 154 N° 27/25 El Oued - Désirance Tél.: 05 22 69 09 63 I.C.E : 000500248000026 368,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 d

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



07/12/2020

Casablanca, le :

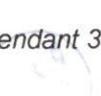
TALLABI Fatima

22.140 x 3



ASKARDIL 75

61.80 x 21 comprimé à midi, pendant 3 mois



AVLOCARDYL 40

1/2 comprimé, matin et soir, pendant 3 mois

81,70

TARAXET



1 comprimé le soir

109,00

DSTRESS

86,270 1 comprimé matin et midi
+ NVRAX 1 comprimé le soir
PHARMACIE SOUFIANE Rue 2 N° 154 N° 23/25
une pharmacie à Casablanca
Tél: 05 22 91 07 62 - 05 22 91 07 63
C.E : 000500246000026

368,50

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K Rue 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

الدكتور مهدي بنجلون
CARDIOLOGIE
Rue 2 N° 1 - 1er Etage - RP Chhdia - EL Oulfa
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 30 14
INPE: 91170670

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

PPV 22DH40
EXP 08/2022
LOT 9D012 6

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

PPV 22DH40
EXP 08/2022
LOT 9D012 6

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

PPV 22DH40
EXP 08/2022
LOT 9D012 6

LOT : 20E011
PER. 09 2023

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850

P.P.V : 41DH80



TARAXET® 25 mg

30 Comprimés pelliculés sécables
AMM N° 347/15 DMP/21/NNP
PPV : 24,70 DH



Lot: DS07/20

07/2023

DLC:

P.P.C : 109,00 DH

Lot: 200517

**A consommer
avant le:**

09/2023

PPC: 84,00 DH

PHARMACIE SOUFIANE

Grande R, Rue 154 N° 23/25
EL Oued - Constantine

Tél. : 05 22 89 09 63

I.C.E : 000500246000026

ID:
D-naiss:
ans,

7-Déc-2020 11:05:18 Fréq. Card.: 88 BPM
Axes P-R-T: 42 -25 59 Int PR: 164ms
Dur.QRS: 85ms QT/QTc: 354/400ms

