

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 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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M22- 0007985

Optique

Autres

133909

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2310 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MANAR - ABD ELWAHAB

Date de naissance : 8/11/51

Adresse : ITIB - HABIBA 119 EL OULFA - CAS

Tél. : 06 70 35 18 33 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/09/2022

Nom et prénom du malade : HADRI LATIFA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DYSPNEE D'EFFORT

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 8/9/2022

Signature de l'adhérent(e) : M

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
APR	ST ECG		15000 10000	Mehdi BENILOU CARDIOLOGIE Rue 2, N° 61 - Tel: 02 07 62 06 04 72 39 1 Tél: 03 22 91 07 62 INPE: 91170670

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CASABLANCA Lot N°: 0520000552 ICE: 0520000552 Tél: 05 22 90 39 12 ANNASSIRI 24 0520000552 0520000552	20/09/22	523,50
	12/09/22	152,00

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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

D

00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

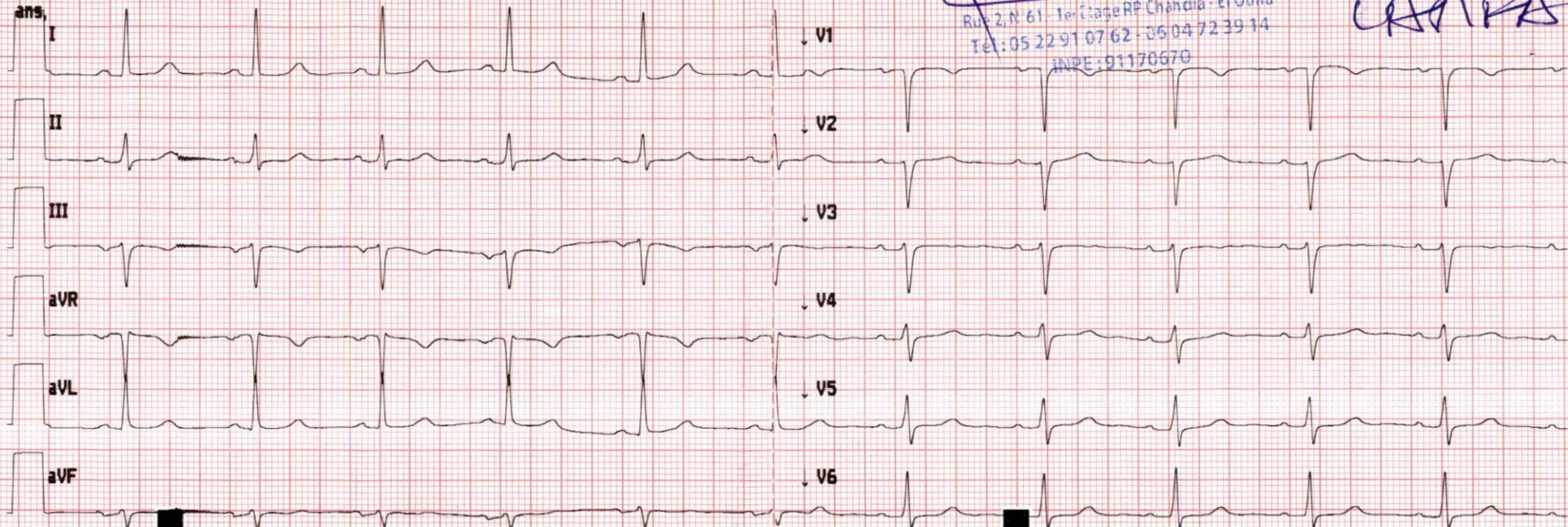
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

ID:
D-naiss:
ans,

8-Sep-2022 15:08:32 Fréq. Card.: 68 BPM
Axes P-R-T: -4 -11 5 Int PR: 180ms
Dur.QRS: 90ms QT/QTc: 397/415ms



8-Sep-2022 15:08:32 الدكتور مهدي بنجلون
Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N 61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oued
Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE: 91170670

KADAR
CRNPA

Dr. Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le : 08/09/2022

Nom et Prénom :

HADAR Latifa

27,70 x 3

CARDIOASPIRINE 100



1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

137,60

VASTAREL 35



X3 1 comprimé matin et soir, pendant 3 mois

28,50

VITANEVRIL FORT



1 comprimé, 3 fois par jour

523,50

PHARMACIE ANNASSIM
Lot Habiba N°62/2 Oulfa
CASABLANCA - Tel: 05 22 90 39 12
INPE: 092010552
ICE: 002042097000024

الدكتور مهدي بنجلون
CNP: 002042097000024
 Rue 2 N° 61 - 1er Etage RP Chahala - Casablanca
Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE: 91176570

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

VASTAREL® 35 mg
Dichlorhydrate de trimétazidine

137,20

Dichlorhydrate de trimétazidine

VASTAREL® 35 mg

137,20

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
اختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le : 12/09/2022

Nom et Prénom :

HADAR Latifa

24450x3



LÉVOTHYROX 100

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

79.00 APIXOL SIROP

1 cuillerée à mesure 3 fois par jour



DESYAL 5

1 comprimé le soir, pendant 1 mois

752,65

PHARMACIE ANNASSIM
Lot Habiba N°622
CASABLANCA - Tél: 05 22 50 39 12
Insc: 092010652
ICE: 002-C-2007000023

الدكتور مهدي بنجلون
Dr. Mehdi BENJELLOUN
Cabinet de Cardiologie
Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa
Tél: 05 22 51 07 62 - 05 54 72 39 14
N.P.E: 91170670



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342