

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ▪ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ▪ 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° W21-790318

165835

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
1368

Société : **RAM**

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TAZGUI LHO

Date de naissance :

30/06/1948

Adresse :

81 Rue 9 lot Tadamoune ouïfa Casablanca

Tél. :

06 32 80 50 14

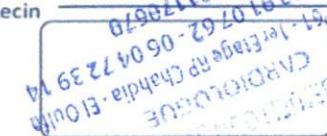
Total des frais engagés :

1040,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

27/10/2023

Nom et prénom du malade :

TAZ GUI LHO

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

estomac prostatite

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 : **19/10/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMATIS Doré Réalisation 22.03.2023 50293	27/03/23	74070 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

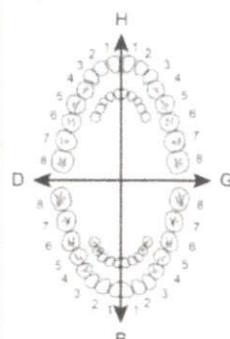
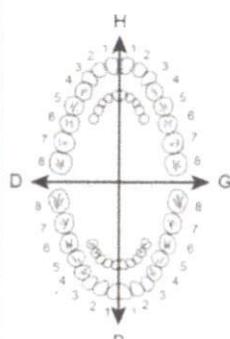
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				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 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

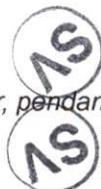


Casablanca, le :27/03/2023.....

Nom et Prénom :

TAZGUI Lhou

99.00x3
COSTAL 20

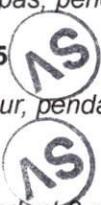


30.70x3 1 comprimé le soir, pendant 3 mois

KARDEGIC 75

41.90x4 1 sachet à midi après le repas, pendant 3 mois

CARDIX OU XEDIOL 6.25



92.00x2 1/2 comprimé, 3 fois par jour, pendant 3 mois

COVERSYL 5 MG



1/2 comprimé le matin, pendant 3 mois

T. 740170DH



لـدكتور مهـدي بنـجلـون
CARDIOLOGUE
RUE 2 N° 61 1er Etage RP CHHDIA
Tél: 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14
INPE 14115 HCR

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
PER.:10 2024
LOT : 23E002
6 118000 061847

KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
PER.:09 2024
LOT : 22E008
6 118000 061847

KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
PER.:09 2024
LOT : 22E008
6 118000 061847

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OU M AZZA Région Rabat
LOT : 204
PER : AUT 2025
PPV : 41 DH 90

CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés



6 118000 050568

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OU M AZZA Région Rabat
LOT : 204
PER : AUT 2025
PPV : 41 DH 90

CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés



6 118000 050568

LOT : 205
PER : OCT 2025
PPV : 41 DH 90

CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés



6 118000 050568

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OU M AZZA Région Rabat
LOT : 200
PER : JUL 2025
PPV : 41 DH 90

CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés



6 118000 050568

COVERSYL®

5 mg

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables



6 118000 100294

92,00

COVERSYL®

5 mg

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables



6 118000 100294

92,00

COSTAL® 20 mg

Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés



6 118000 340737

LOT : 220582

EXP : 05/2025

PPV : 99,00DH

LOT N° :

COSTAL® 20 mg

Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés



6 118000 340737

LOT : 220582

EXP : 05/2025

PPV : 99,00DH

LOT N° :

COSTAL® 20 mg

Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés



6 118000 340737

LOT : 221593

EXP : 12/2025

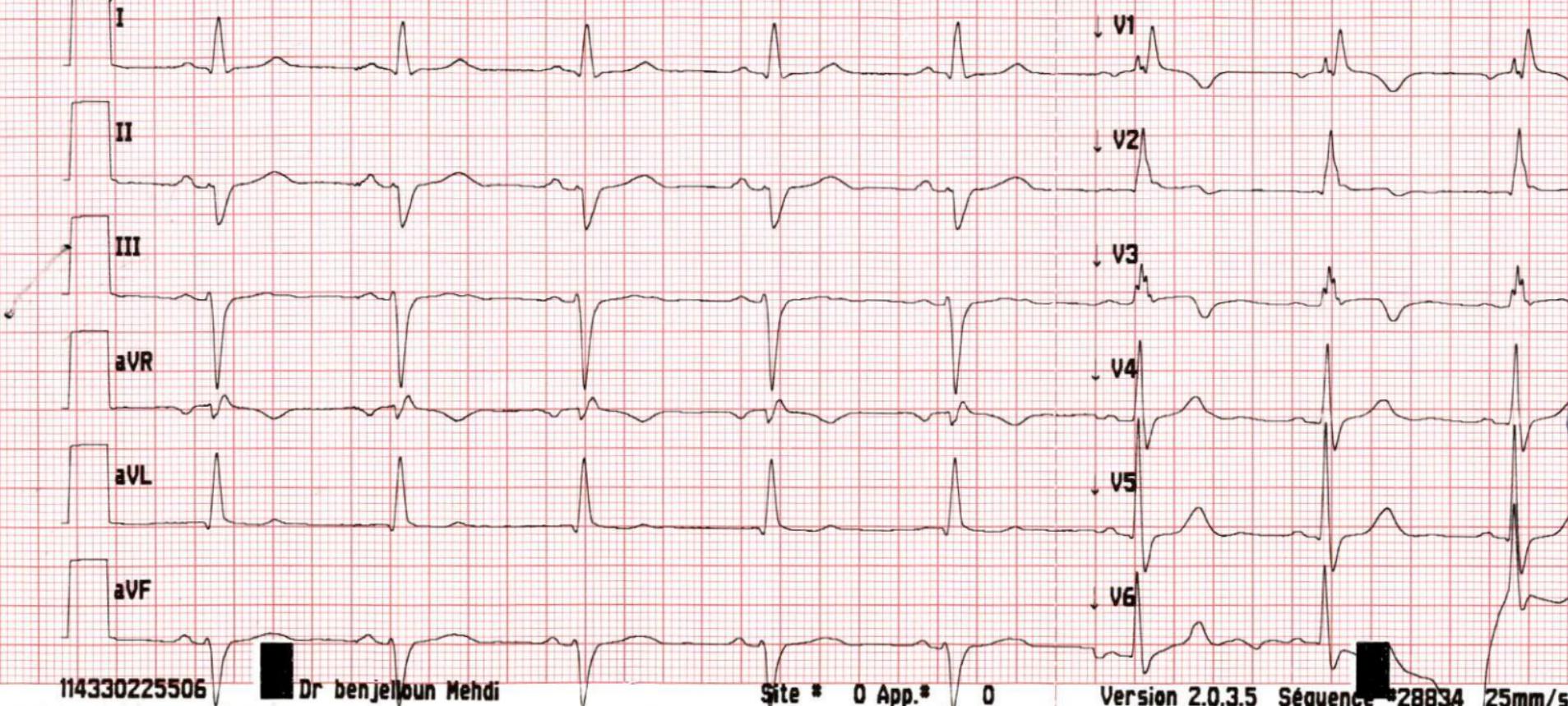
PPV : 99,00DH

71.447

27-Mar-2023 16:30:02 Fréq. Card.: 63 BPM
 Axes P-R-T: 63 -57 54 Int PR: 162ms
 Dur.QRS: 137ms QT/QTc: 449/456ms

27-Mar-2023 16:30:02

ID:
 D-naiss:
 ans,



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séquence *28834

25mm/s