

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REITS

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

- 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 caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-526604

32782

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07644 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : retaite

Nom & Prénom : EL KAHLAOUI Sidi

Date de naissance : 09/01/1961

Adresse : 44 lot Bouatila Sidi - Makkout

Tél. : 066 586671 Total des frais engagés : DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur TAGNAOUTI Brahim Médecin Général 70 Rue de Normandie Maârif

Date de consultation : 20/04/2020

Nom et prénom du malade : El Rahlaoui Sidi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA + Diabète

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 : 20/04/2020

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/11/2020	C	01	200 DH	INP : 30740165 Docteur TACHAFTI Brahim Médecine Générale 20 Rue de Normandie Maârif

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

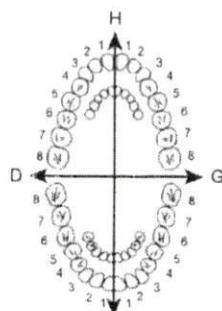
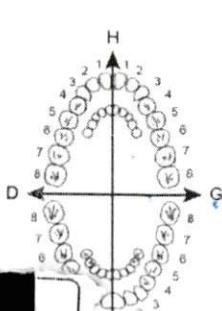
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est 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	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-			B	35533411	11433553	G	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																
		D	00000000	00000000																
		-																		
		B	35533411	11433553																
G		00000000	00000000																	
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	
VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

CHÉT DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 التڭناوتي

خريج كلية الطب ببوردو
الطب العام

70، زنقة نورماندي - المعارض
الدار البيضاء - الهاتف 05 22 25 59 32

Casablanca, le

20/4/2020

الدار البيضاء، في

Mr El Kahlaoui Saad

Exforge 10/160: N°3

Lot. 3503
Per.: 12 2022
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH

flu coxphage 500 N°3

10/18

Dolyzane 1000

10 x 30

Slepar

10 gouttes à l'bol x30

118 N°30

1140

PHARMACIE IRN TÂMIA
FOUJIR
N° 119 Lot 4
Tél. 0522 33 52 25
Maârouf
Casablanca

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

جندوبة ابن تيمية
PHARMACIE IRN TÂMIA
FOUJIR
Doctor en Pharmacie
N° 119 Lot 4
Adrissa Sidi Maârouf
Tél. 0522 33 52 25 Casablanca

LOT 200139
EXP 01/2025
PPV 20.80DH

LOT 200139
EXP 01/2025
PPV 20.80DH

20,80



611800103060 6
EXFORGE ○
10mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361,00 DH



611800103060 6
EXFORGE ○
10mg/160mg
28 comprimés pelliculés*
PPV : 361,00 DH

Exforge® 10 mg/160 mg



611800103060 6
EXFORGE ○
10mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361,00 DH