

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W19-433971

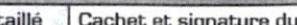
ND: 34080

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 01377		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KASRI MOHAMED			
Date de naissance : 01-01-1950			
Adresse : 22A Rue Tanger, cité de l'aïr Nouacur			
Tél. : 0661106715		Total des frais engagés : 5219,50 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 07/07/2020			
Nom et prénom du malade : KASRI MOHAMED			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : commençant par la lettre A			
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 : 07/07/2020
Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	CS + ECG	25000		INP : 108M16681  Dr. BENELLOUN Béchir Benelloun Cardiologue Chirurgien Vasculariste Médecin de famille Médecin urgentiste Médecin de ville Médecin de la police et concessionnaire KENYA Tel: 055-25745 - GSM: 073-233333

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE MAROUANE INPE Marouane Inpe Docteur en Pharmacie Djerba Bd Oum Kalthoum 05 22 53 28 58 et 05 22 53 20 58 INPE	07/07/2020	4969,58

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, 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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35333411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<input checked="" type="checkbox"/>		00000000	00000000	35333411	11433553	B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<input checked="" type="checkbox"/>																		
00000000	00000000																	
35333411	11433553																	
B	G																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Dr BENJELLOUN Mohammed Karim

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Hypertension Artérielle, ECG (Tracé du cœur)

Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel

Diplômé d'Echocardiographie Doppler

BORDEAUX



الدكتور بن جلون محمد كريم

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

والضغط الدموي - الكوليسترول...

التخطيط الكهربائي للقلب، المولتر

الفحص بالصدى

جامعة بوردو

Casablanca, le : 07.07.2020

M: Kesri Mohamed,

center sel 5 1/2 - 2

180,00 X 3 Tareg 160 mg

28,00 X 6 Glucophage 1000, 1 ml

984,00 X 3 Xarelto 20 mg x 1

196,20 X 3 Crestor 5 mg x 1

Moruronid 0,5 x 1 x 8

240,00 X 3 Bansellets de canthiglycine x 1

✓ 969,150

Dr. BENJELLOUN
Médecin Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux
511 Jardins Al Qods Californie (En)
Ain Chok - Casablanca - Tél.: 0612 65 13 15 / 055

PHARMACIE BEN M'SIK
MAROUANE BEN M'SIK
Docteur En Pharmacie
Lot. Khadija Bd. Oum Rabiaa - Dernija
Gsm : 05 22 53 20 58

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.



XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.



XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

P.P.V. : 984,00 DH

Bayer S.A.



Maphar

Km 10, Route Côtier 111,

Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30

P.P.V. : 186,20 DH



Maphar

Km 10, Route Côtier 111,

Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30

P.P.V. : 186,20 DH



Maphar

Km 10, Route Côtier 111,

Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30

P.P.V. : 186,20 DH



28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

AUTO 10mm/mV

10mm/mV

V1

I

II

V2

III

V3

aVR

V4

V5

V6

aVF

valable 3 mois

Le 07/07/2025

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme (M.) : *Kerth Mohamed*

Présente *Armenia +*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *3 mois, à renouveler.*

(Voir ordonnance)

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca



On-Call® Extra

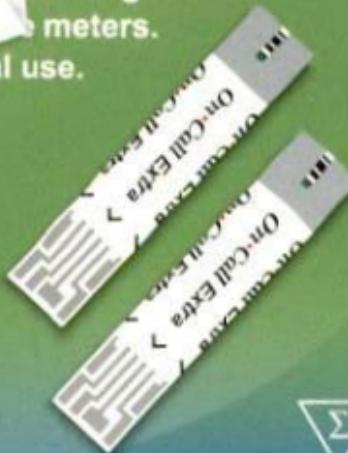
Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in blood using
the On Call® Extra meters.
For self testing. Not for professional use.

Contents:

- 50 Test Strips
- Package Insert



CE 0123

Σ 50

On-Call® Extra

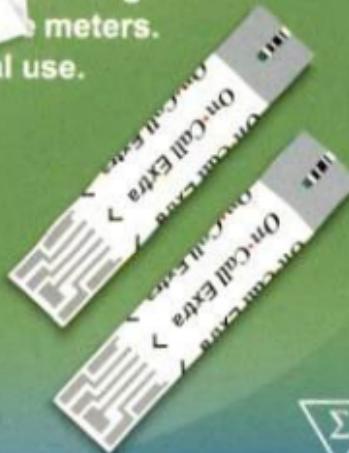
Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in blood using
the On Call® Extra meters.
For self testing. Not for professional use.

Contents:

- 50 Test Strips
- Package Insert



CE 0123

Σ 50

On-Call® Extra

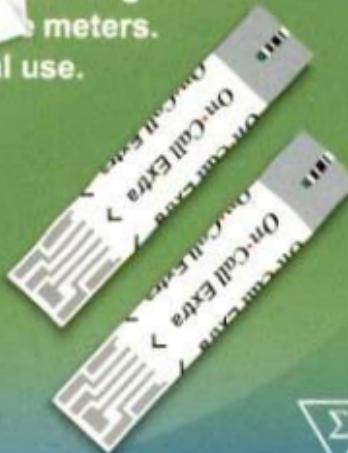
Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in blood using
the On Call® Extra meters.
For self testing. Not for professional use.

Contents:

- 50 Test Strips
- Package Insert



CE 0123

Σ 50