

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.

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.

adie 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 à caractère 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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 055997

ND: 39597

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0749 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SOUHAÏL Abdallah

Date de naissance :

01/07/1934

Adresse :

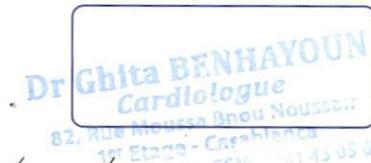
1. N° 111, Rue des Cygnes, 2ème Entrée
Casablanca

Tél. : 0658 92 63 36

Total des frais engagés : 1415,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Souhaïl Abdallah

Age: 86

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cardiopathie ischémique

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.

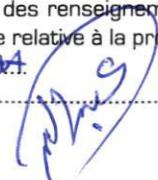
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

01/09/2021

Le : 10/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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
01/08/2008 22	C2 + E4		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/08/2008	115,70

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte effectué 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'heure.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ghita BENHAYOUN

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
D.I.U Echocardiographie
de la Faculté Victor Segalen Bordeaux II
D.U cardiologie pédiatrique
de la Faculté René Descartes Paris V

د. غيثة بن حيون

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

دبلوم الفحص بالصدى بكلية بوردو II

دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V



Casablanca, Le : ٠٤/١٠/٢٠٢٣

M^e Soukail Abdallah

PHARMACIE NARJIS
Tél: 0525 83718520
141, Bd Yacoub El Menebhi
www.pharmacienarjis.com
39 86
Membre de l'Ordre des Pharmaciens du Maroc

attelouzini

20800x3
9210

1) Kandegni 75

0 - 2 - 0

20800x3
624.30

Avicenne 55

1 - 0 - 0

8310x2
166.20

3) Témronnie 100

1 - 0 - 0

11670x2
233404

30 cor. 20
0 - 0 - 2



87, Rue Moussa Ibnou Noussair, 1er étage, Casablanca

Tél. : 05 22 260 250 • 05 22 48 20 14 • Fax : 05 22 48 20 14 • GSM : 06 61 43 05 60 • ghitabenhayoun@yahoo.fr

ATLAS



107,00

108,00

83,10

108,00

83,10

Distribué par MSD Maroc,
BP 136 Bouskoura
A.M.M.: 216/16DMP/21/NRC
P.P.V: 116,70 DH

BP 136 Bouskoura
A.M.M.: 216/16DMP/21/NRC
P.P.V: 116,70 DH

Distribué par MSD Maroc,
BP 136 Bouskoura
A.M.M.: 216/16DMP/21/NRC
P.P.V: 116,70 DH



Pharmacie NARJIS

SKALLI ZAKIA

Page :1

FACTURE

N° FACTURE :386029

Date :04/09/2020

Client :

SOUHAIL ABDALLAH

Désignation Produits				Quantité	P.V	Total	TVA%
KARDEGIC 75MG				3	30.70	92.10	0
COVERAM 5MG/5MG B 30 COMPRIMES				3	208.00	624.00	0
TENORMINE CMOP GM				2	83.10	166.20	0
ZOCOR 20 /28CP				2	116.70	233.40	0

Taux	0%	7%	20%				
MT HT	1115.70	0.00	0.00				
MT TVA	0.00	0.00	0.00				

Total HTVA	1115.70
Total TVA	0.00
Total TTC	1115.70

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : MILLE CENT-QUINZE DIRHAMS 70 CTS

Bon rétablissement

patente 35803244

CNSS 1129908

identifiant fiscal 40900380

valable 3 mois

Le 04/09/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné : Dr Boulayoua Ghoul

Certifie que Mlle, Mme, M^r : Souhaïl Abdellah

Présente, Endocrinologie inscrite.

Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 mois

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 BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr BENHAYOUN Ghita

Nom : SOUHAIL ABBELLAH 004300

Sex : Case No. :

ECG

Age : 86Y Lit No. :

Clinique N : Date : 04/09/2020

Section :

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	196 ms	Prompt:
Temps d'écha	15s	QT Interval:	408 ms	
FC:	64bpm	QTc Interval:	421 ms	
P Interval:	97ms	P Axis:	51.00°Cb	
QRS Interval:	101 ms	QRS Axis:	-15.30°Cb	
T Interval:	216 ms	T Axis:	35.20°Cb	

RMs 64 Sp
Ane Ods g cle
BBst incapte
DR Ghita Ben Hayoun
Cardiologue Casablanca
0522 26 02 661 43 05 50

Signature Médecin :

