

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

159321

Maladie

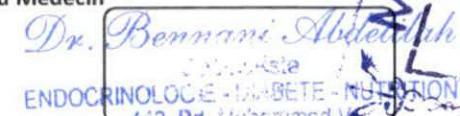
Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)	Société :
Matricule : 9032	Autre :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : ER CHIDI ZAKIA	
Date de naissance :	Siège CASA ANFA
Adresse :	Ancien Aeropost
Tél. : 0661431703	Total des frais engagés : 15000 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

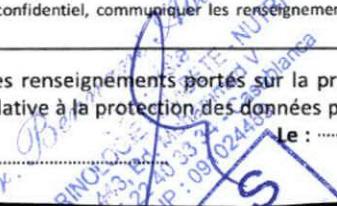
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **Centre Alial Ben Abdellah** Le : **09/01/2010**

Signature de l'adhérent(e) :



BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES ACTES ET HONORAIRES				
	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
	F (A/19 GUIN).	3w		INP : 091024489 BENICIE 22/03/2014 - CASIER 091024489

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE GREEN TOWN AZZENNAR Centre Commercial Green Town Ville Verte - Bouskoura - Tél. +212 520 559 350	2018/11/19	# 631,60 #

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

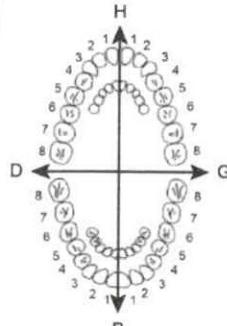
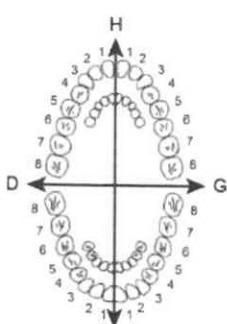
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 : []	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
				MONTANTS DES SOINS []	
				DEBUT D'EXECUTION []	
				FIN D'EXECUTION []	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []	
				DATE DU DEVIS []	
				DATE DE L'EXECUTION []	

Docteur Bennani Abdelilah

Cabinet Médical spécialisé en :

- ENDOCRINOLOGIE
- DIABETE
- NUTRITION

(Sur Rendez-Vous)



عيادة متخصصة في :
أمراض الغدد الهرمونية -

- السكري
- التغذية
- (بالموعد)

5 / 12 / 19

Casablanca, le :

en chf. 881A

$$(26,60 \times 3) + (6,80 \times 2)$$

- lemons < 100

S.V

$$\frac{100}{28} - S.V) 112,6$$

~~3 pds 113,60 x 2~~
- Dr. care (F)

S.V don / - 11 .

$$\begin{array}{r} 187,00 \\ - 6,80 \\ \hline 180,20 \end{array} \xrightarrow{\text{omega 600g}} \begin{array}{r} 180,20 \\ - 14,00 \\ \hline 166,20 \end{array} \xrightarrow{\text{Hepanzol}}$$

S.V sel (S.P)
166,20
S.V sel / 111
S.V

bioelectro mg 1200 مل لـ صيدلية المدينة الخضراء

Dr. Bennani Abdelilah
ENDOCRINOLOGIST - DIABETE - NUTRITION
Tél: 05 22 40 33 34 - INP: 091024460
403 Bd Mohammed V Casablanca

Horaire de Consultation:

Total - 631,60

Lundi - Vendredi : 9h - 17h

Samedi (matinée) : 9h - 13h

PHARMACIE GREENTOWN
Dr. Elie AZENNAR
(70 Avenue Hassan II - Casablanca - Tél: 05 22 40 33 34 - INP: 091024460)

433، شارع محمد الخامس، الطابق الثاني، رقم 5 - (قرب ساحة آل ياسر) الدار البيضاء - الهاتف 05 22 40 33 34 / 35

433, Bd. Mohammed V, 2^{ème} Etage Appt N° 5 - (à côté du Rond Point Albert 1^{er}) Casablanca - Tél./Fax : 05.22.40.33.34 / 35

GSM : 06 63 08 09 47 - Email : abdel.benn@hotmai.fr

PPU: 49,60 DH
LOT: 19F18/B
EXP: 06/2022

PPU: 49,60 DH
LOT: 19F18/B
EXP: 06/2022



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH
786160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH
786160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH
786160342

740 04 22
LOT PER
Prix 99,00

هيپانات 40 ملجم

63.60DH

A consommer de préférence avant fin :
11/2021
Lot n°: U3101

SYSTEME DE GESTION QUALITE
CERTIFIE ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY

Produit Fabriqué par ESI s.p.a. ■ ■ ■
Via delle Industrie 1 Alissola Marina (SV) ITALY esil.it
Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid Benjelloun - Maarif extension - Casablanca