

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

otique :

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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3288 Société : 62359

Actif Pensionné(e) Autre:

Nom & Prénom : Z. BEN YAHIA ALMAZ

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661256027 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 8 MARS 2021

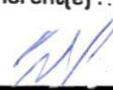
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/03/2021



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL LOT tme. BENELOUN ad. Oued Témara - Téhéma - Téhéma	08/02/2024	635,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 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

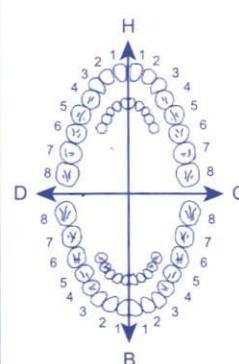
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
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

PHARMACIE EL LOTF

MME BENJELLOUN

313 BD OUED TENSIFT EL OULFA CASABLANCA

CASA

Taxe Profes. N°: 3600411

N° R.C. : 230302

N° ID.F. : 51506145

N° ICE 001619057000063

N° CNSS : 2110542

Tel : 0522910023

Fax :

MR ZAHIDY AHMED

I.C.E. :

Le : 08/03/2021

FACTURE N°:

1169/21

Qté	Désignation	Prix	Montant
3	AMLOR 5MG/28 CP	89.20	267.60
3	XEDILOL 25MG CP	95.00	285.00
3	CARDIO ASPIRINE	27.70	83.10

Total : 635,70

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

SIX CENT TRENTÉ CINQ DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS



*PHARMACIE EL LOTF
Mme. BENJELLOUN NEAMA
313 Bd. Oued Tensift El Oulfa
Casablanca - Tél: 02.91.00.22*



Le 09 DEC. 2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr J. SIBAI

Dr. J. SIBAI

CARDIOLOGUE
Anqie 38 Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 46 78 90 - 05 22 46 78 90

Certifie que Mlle, Mme, M

Zainy Ahmed

Présente

... Affect. Coeur, chg. F. card. HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de:

3 mois

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit)

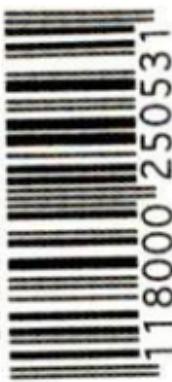
(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Amloï[®] 5 mg

28 COMPRIMÉS



6

Q

LE 28

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° : 022382

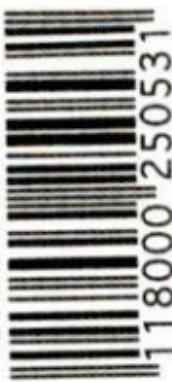
89,20

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Amloï[®] 5 mg

28 COMPRIMÉS



6

Q

LE 28

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° : 022382

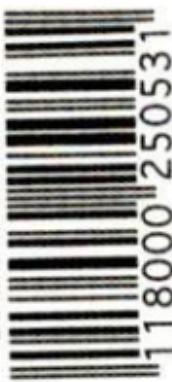
89,20

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Amloï[®] 5 mg

28 COMPRIMÉS



6

Q

LE 28

5 mg



UT.AV :

P.P.V.

LOT N° : 022382

89,20

09366067/7



٥٥,٠٠

كسيدولول

كسيدولول



ملبغ 25

قرصاً قابلاً للزنكار
عن طريق الفم 30

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الليل
النهار
مساء
قبل
بعد

صباح

XEDILOL 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ



6 118000 021773



٥٥,٠٠

كسيدولول

كسيدولول



ملبغ 25

قرصاً قابلاً للزنكار
عن طريق الفم 30

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الليل
النهار
مساء
قبل
بعد

صباح

XEDILOL 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ



6 118000 021773



٥٥,٠٠

كسيدولول

كسيدولول



ملبغ 25

قرصاً قابلاً للزنكار
عن طريق الفم 30

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الليل
النهار
مساء
قبل
بعد

صباح

XEDILOL 25 mg

Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ



6 118000 021773