

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

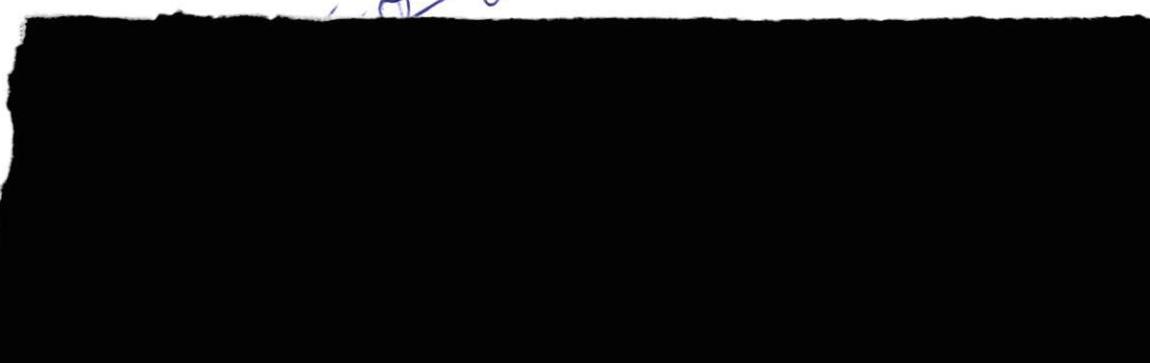
N° W21-608538

6384.1

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 351		RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AGOUZOUL LAHCEN			
Date de naissance : 1944			
Adresse : 3 rue Abbes Ibne Al Ahmar, Bourgogne Casablanca			
Tél. : 0522360857		Total des frais engagés : 1763,20 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Docteur TAHIRI Souad Diabétologie G7 Rue Abou Alwaqt Khalaf Bourgogne Casablanca	
Cachet du médecin :	<i>Tahiri</i>	
Date de consultation :	26/01/2021	
Nom et prénom du malade :	EL manouzi khadija 1851	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Diabète et HTA	
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 : 28/01/2021
 Signature de l'adhérent(e) : *Jadou*



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
28/10/2021	consultation	100	100	INP 091163493 Docteur TAHIRI Souad Diabétologie G7 Rue Abou Alwaqt Khalaf Bou Regreg Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>MACIE PORTE 36 92 31 265 N° 0231265</i> 	28.01.21		1563,20

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 : []														
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX []														
	<p>H 2 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p>G 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p>D 8 7 6 5 4 3 2 1</p> <p>B 1 2 3 4 5 6 7 8</p>			MONTANTS DES SOINS []														
	<table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> </table> <p>H</p> <p>D ————— G</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	<hr/>		35533411	11433553	<hr/>		DATE DU DEVIS []
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
00000000	00000000																	
<hr/>																		
35533411	11433553																	
<hr/>																		
				DATE DE L'EXECUTION []														

Docteur TAHIRI Souad

Diplômée de l'Université de Montpellier
Médecine Générale
Echographie - Diabétologie
Diététique Médicale - Médecine du travail

الدكتورة طاهيري سعاد

خريجة جامعة مونبليي
الطب العام

الفحص بالصدى - مرض السكري
العصبة الطرفية - طب العمل

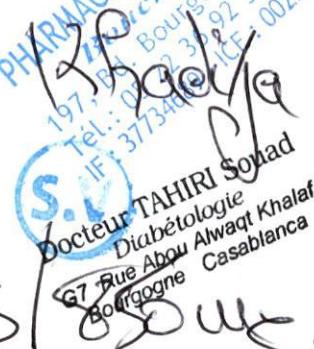
Casablanca, le :

28/01/2021

الدار البيضاء، ية:

PHARMACIE PORTÉE D'ANFA
197, Bd Bourgogne 1000
Tél: 022 3192 59 - RC: 4/169
G7, Rue Abou Alwaqt Khalaf
Bourgogne Casablanca
00231269500015

750,00x2
— Sefus Met 50mg 300mg
1ep a midi pte 3 ams
45,20
23,90
— Glycophage 850mg
1ep le matin pte 3 ams
118,50
— Ixor 20mg 3 ams
139,00x3
— Xipat 1 pte 1 ams
Sutte Zebophlebit



112، مجموعة 7 - زنقة أبو الوقت خلاف - بوركون - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36 87 38

112, G 7 - Rue Abou Alwaqt Khalaf - Bourgogne - Casablanca - Tél.: 05 22 36 87 38

49,60

→ Deux forte ~~et forte~~ 

1 ampoule bolVesse / kg

43,00 x 3

→ Augph 5 ml
Sep e valiu 03 Nov 25

1563,20

DH

Docteur TAHIRI Souad
Diabétologie
G7 Rue Abou Alwaqt Khalaf
Bourgogne Casablanca

Tahiri

PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL AU

197, Bd. Bourguiba 36 92 59 - Casablanca
Tél: 05 22 36 92 59, ICE: 447169
IF: 37734689, ICE: 002312695002015

PORTE D'ANFA SARL AU

PHARMACIE PORTE D'ANFA

197 BD Bourgogne

CASABLANC

ICE002312695000015

Patente: 35653328

Facture N°: 595 414

Ref N°: 29/01/21/ 42

Client: Client Comptoir *

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
D-CURE FORTE 100000 UI	AB	1	49,60	49,60
IXOR 20 MG / 28 CP EFF	CE	1	118,50	118,50
XILOIAL* ZERO COLLYRE	CL	3	139,00	417,00
ANGLOR 5 MG 28 CP	CO	3	43,00	129,00
GALVUS MET 50MG/850MG	CO	2	390,00	780,00
GLUCOPHAGE 850MG GM	CO	1	45,20	45,20
GLUCOPHAGE 850MG PM	CO	1	23,90	23,90

Total à Payer: 1 563,20

La présente facture est arrêtée à la somme de:

MILLE CINQ CENT SOIXANTE TROIS DIRHAMS VINGT CENTIMES###

Le : 01-septembre-2011

PPV: 49,60 DH
LOT: 20J13
EXP: 10/2023



LOT 201451
EXP 11/2025
PPV 45.20DH

PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL
197, Bd Bourgogne 1000 Casablanca
Tél: 0522 36 92 59 - RC: 447169
Fax: 0522 36 92 689 - ICE: 002312695000015



PPV 118DH50 EXP 09/2022
LOT 08038 6



ANGLOR® 5 mg

Amlodipine
30 comprimés



6 118000 042006

PPV: 43DH00

PER: 06/22

LOT: J1913



6 118000 042006

43,00

PPV 43DH00
PER 06/22
LOT 02427



6 118000 042006

43,00

PPV 43DH00
PER 06/22
LOT 02427





valable 3 mois

Docteur TAHIRI Souad
Diabétologie
G7 Rue Abou Alwaqt Khalaf
Bourgogne Casablanca

Tahiri
Le 28/01/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné : Docteur TAHIRI Souad

Certifie que Mle, Mme, M. : Elwagnazi Ikhadja.

Présente

Diabète de 1^{er} type

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Affectation Poumons

Sapillus met sous Roul / Hypoglycémie / Angor sur

Dont ci-joint ordonnance :

Docteur TAHIRI Souad
Diabétologie
G7 Rue Abou Alwaqt Khalaf
Bourgogne Casablanca

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca