

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° W19-425347

75505

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 02943	Société : RAN		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Benjelloun Zahra			
Date de naissance : 20/07/1960			
Adresse : 113 Rue El Fasat Daarif			
Tél. : 0661495656	Total des frais engagés : 602,70 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Docteur TAGNAOUTI Brahim Médecine Générale 70, Rue de Normandie Maârif Tél: 05 22 25 50 22			
20/06/2024			
Name Benjelloun Zahra Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : bronchite + nefelle ou ocellane			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/06/21

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
20/03/2021	C et S	200	307,70	INP : 3553411 Docteur TAGNAOUTI Brahim Médecine Générale 70, Rue de Normandie Maârif Tél: 05 22 25 50 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE BIR ANZARANE Mme Ali Naija Née LAHLOU 04, Rue Cadriyase Bd. Bir Anzaran T: 05 22 25 43 95 - CASABLANCA	20/03/2021	107,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

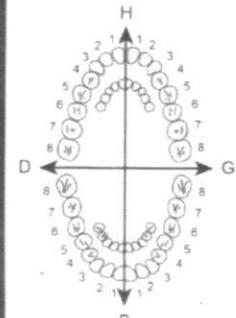
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

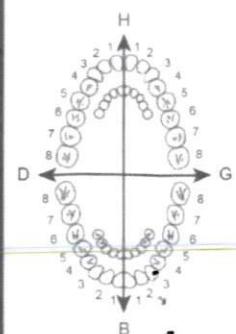
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TAGNAOUTI Brahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif
CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 59 32

الدكتور إبراهيم التكناوي
خريج كلية الطب ببوردو
الطفل العام
70، زنقة نورماندي - الماري
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 59 32

Casablanca, le

20/05/2021

الدار البيضاء، في :

Mme Benjelloun Zahra

55,00 x 2

Amoxal 1
x 28 8B

79,70

Zithromax 500 1B

96,00

Belmazal 1CJ 1B

37,20

Fucithal m/c gel 100g 1B

86,80

Igualle x 21 1

Breksam 1CJ 1B

407,70

-- --

1CJ --



Docteur TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif
Tél. 05 22 25 59 32

بلمنز وول®

أوميبرازول

20 مانج

96,00

LOT :

EXP :

PPV :

28
عن طلاقه

Chiesi



20 جبنة



Amoxil 1g

amoxicilline

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à

1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيلين ١غ. يحتوي هذا الدواء على الأسبارتام.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

أفراد الشفقة ينتهي قبل الاستعمال

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV : 55,00 DH
LOT : 627557

Amoxil® 1g
amoxicilline
12 comprimés dispersibles

comprimés dispersibles

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à

1g, soit 12g d'amoxicilline.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Mise en garde spéciale : risque d'allergie.

Tenir hors de la vue et de la portée des
enfants.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV : 55,00 DH
LOT : 593410

زيتروماكس
أزتيروميسين

500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg
3 comprimés



6 118000 250500

P.P.V.

79,70