

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° M21- 062269

84908

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Loujani Majat Nake Kari Tous

Date de naissance : 05/03/59

Adresse : Résidence 40 B.L. Alhambra Imm 11 AP 2B Bd Y... 2

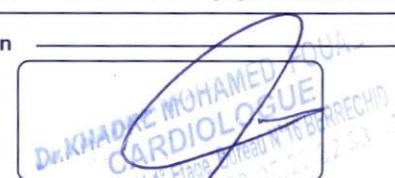
Tél. : 06 51 40 85 40

Total des frais engagés : 2695,40

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 : CSTE AITA e. Local 1

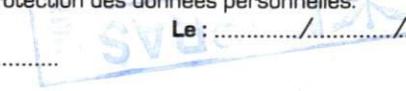
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/09/21	Actes		1050,00	Dr. KADIR L. ZINOB 11, Bd Med V. 1 ^{er} étage, Bureau n° 16 BERRECHID Tél: 05 22 32 82 03-05 21 32 82 03

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr Kadir L. Zinob 22, Bd Université, 1 ^{er} étage, BERRECHID Téléphone 022 51 36 05	10.09.21	2445.40

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

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 PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
25533412	00000000
D	00000000
00000000	00000000
B	11433553
35533411	

[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. KHADRE MOHAMED FOUAD

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



فؤاد

راي بن

د. خضر م

أخصائي أمراض القلب

طبيب كلية الطب ببلجي
طبيب سلوك مستشفى الشيفخ كلية بالبلديه
طبيب سلوك مستشفى لوحشيد بالقطيف
حاصل على شهادة الفحص بالصدى من جامعة بورجوبيرزس

Ordonnance

Berrechid, le :

BERRECHID LE 10 septembre 2021

Mme EL OUJANI NAJAT

1/ REGIME PAUVRE EN SEL

186.30

2/ CO-VARTEX 160/25 MG

+3

1 Cp/J matin à jeun



6.20 3/ BIPROL 10 MG

+2

1 Cp/J à midi



220. 4/ COPLAVIX 75/100MG

+3

1 Cp/J à midi



152.10 5/ NOLIP 10MG

+2

1Cp/J le soir 1J/2



139. 6/ INESO 20MG

+3

1gel/J le soir



49.40 7/ CALCINIB 5 MG

+3

1 Cp/J le soir



Traitement pendant : 3 Mois

✓ 2445.40

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22, bd Mohammed V - BERRECHID
Téléphone 022.53.36.05

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
CARDIOLOGUE
11-Bd Med V, 1^{er} Etage Bureau N°16 BERRECHID
Tél: 0522.32.83.03-0522.32.83.33

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Coplaxiv 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 270,00 DH
6 118001 082018

BIPROL® 10 mg
30 Comprimés pelliculés
sécables



Co-Vartex® 160 mg/25 mg
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 81/16 DMP/21/NNP



NOLIP® 10 mg
30 comprimés pelliculés



Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique
6 118000 410447

Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique
6 118000 410447

Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique
6 118000 410447

CALCINIB 5 mg 28 comprimés



TE
LOT : 088
PER : AVR 2024
PPV : 49 DH 40

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Coplaxiv 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 270,00 DH
6 118001 082018

BIPROL® 10 mg
30 Comprimés pelliculés
sécables



Co-Vartex® 160 mg/25 mg
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 81/16 DMP/21/NNP



NOLIP® 10 mg
30 comprimés pelliculés



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Coplaxiv 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 270,00 DH
6 118001 082018

BIPROL® 10 mg
30 Comprimés pelliculés
sécables



Co-Vartex® 160 mg/25 mg
28 comprimés pelliculés
Laboratoires SOTHEMA
N° AMM 81/16 DMP/21/NNP



186,30

186,30

186,30

Lot n° :

EXP :

PPV

157,10

Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique
6 118000 410447

Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique
6 118000 410447

Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique
6 118000 410447

65,70

65,70

65,70

CALCINIB 5 mg 28 comprimés

CALCINIB 5 mg 28 comprimés

CALCINIB 5 mg 28 comprimés

LOT : 086
PER : FEV 2024
PPV : 49 DH 40