

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

- 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.

N° M21-0030664

Optique *125101*

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *00294*

Société : *R.A.M. S.A.S.*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *B.Abdid Fatma Nerve Bhami B.Abdid*

Date de naissance :

01-01-1940

Adresse :

TAZACCHINE

Tél. :

Total des frais engagés : *..... Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Mehdi BENJELOUN CARDIOLOGUE
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Cheikh El Dula
Tél: 05 22 91 07 62 - 05 22 91 07 63
Fax: 05 22 91 07 60*

Date de consultation :

01/04/2011

Nom et prénom du malade :

B.Abdid. SATNA

Age : *1940*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : *01/04/2011*

Signature de l'adhérent(e) :

cur

retour par copier

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-30664

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : *294*

Nom de l'adhérent(e) : *B.Abdid. Satna*

Total des frais engagés :

Date de dépôt : *21/06/2011*

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
10/04/12	CSF ECG		250000	DR. MABROUK HABIB Rue 2 N° 81-17 Tunis 1002 Tél: 09 22 91 11 Fax: 09 22 91 11 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMAKEL QUÉBEC Groupe K, Rue 14 N° 2325 El Oulta - Casablanca Tel. : 05 22 89 09 63 I.C.E : 000500246000020 092054428	1/6/22	988,60 DH

INPE:09205442

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

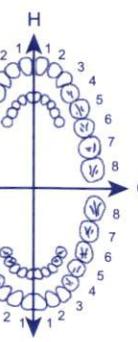
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'OF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				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. Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des maladies
du cœur et des vaisseaux

Cabinet de Cardiologie



الدكتور مهدي بنجلون
أخصائي في أمراض القلب

الشارب 29 - 090-2911716 - 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14

مصحة أمراض القلب

BAKIDID Fatna

Le :

BAKIDID Fatna
0914122

BAKIDID Fatna

63,00 x 3

INIKAL 5



1 comprimé le matin, pendant 3 mois

INDE : 090054428



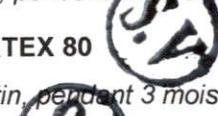
ASKARDIL 75



1 comprimé à midi, pendant 3 mois

131,50 x 3

STARVAL OU VARTEX 80



1 comprimé le matin, pendant 3 mois

80,00 x 3

LANPROL 30



1 comprimé le matin à jeun

69,60

D CURE FORTE



1 ampoule tous les 15 jours, pendant 3 mois

28,80

VITANEVRIL FORT



1 comprimé 3 fois par jour

79,50

AINAT



1 comprimé, matin et soir

988,60

PHARMACIE SOUFLANE
Groupe : 54 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél. : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14
I.C.E : 000500-24600028

Dr. MEHDI BENJELLOUN
BAKIDID Fatna
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tel : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

LOT : 210740
EXP : 04/2024
PPV : 43,000DH

PPV (DH) : LOT N° : UT/AY

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
dispersibles

PPV 22DH40
EXP 01/2024
LOT 18005 5

LOT : 210740
EXP : 04/2024
PPV : 43,000DH

PPV (DH) : LOT N° : UT/AY

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
dispersibles

PPV 22DH40
EXP 01/2024
LOT 18005 5

LOT : 210740
EXP : 04/2024
PPV : 43,000DH

PPV (DH) : LOT N° : UT/AY

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
dispersibles

PPV 22DH40
EXP 01/2024
LOT 18005 5

LOT 213124 2
EXP 12 2024
PPV 131.50 DH

LOT 213124 2
EXP 12 2024
PPV 131.50 DH

LOT 213124 2
EXP 12 2024
PPV 131.50 DH

LOT: 353
PER: NOV 2024
PPV: 80 DH 00

LOT: 353
PER: NOV 2024
PPV: 80 DH 00

LOT: 350
PER: NOV 2024
PPV: 80 DH 00

PPV: 49,50 DH
LOT: 21K17B
EXP: 11/2024

PPV

LOT

PER



LOT : 210972
PER : 01/2024
PPC : 79.50 DH

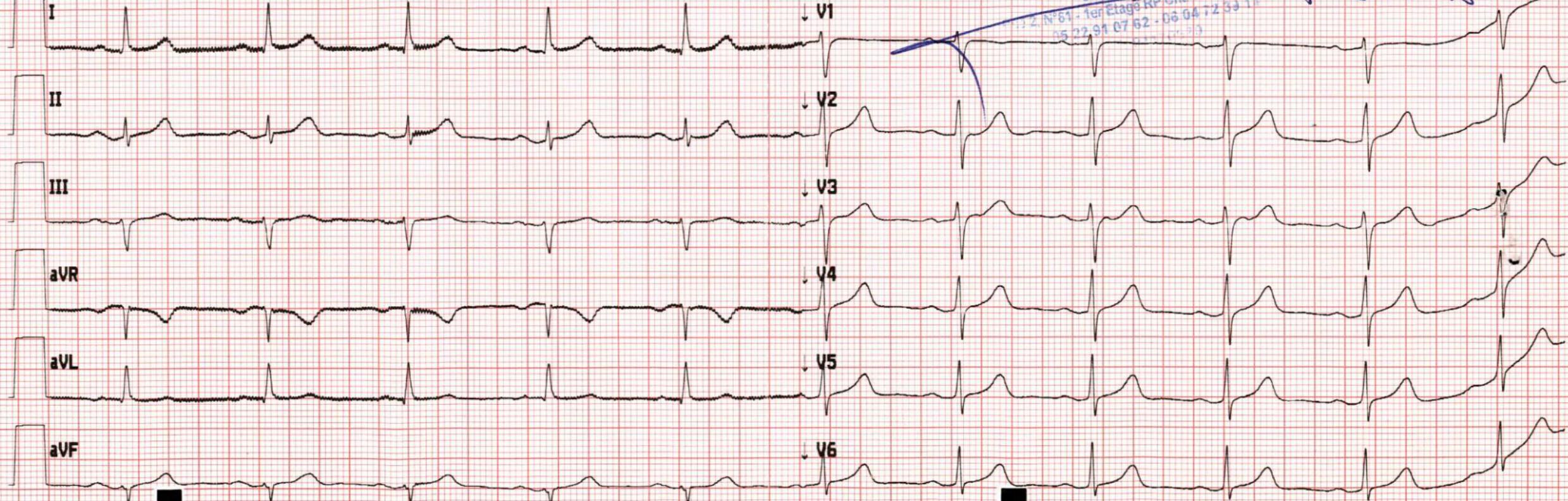
PHARMA - SOUTIEN
Groupe K. Rue 154 N° 23/25
Tél: 05 22 89 09 63
I.C.E.: 000500246000026

ID:
D-naiss:
ans,

1-Avr-2022 14:39:52 Fréq. Card.: 66 BPM
Axes P-R-T: 37 -9 50 Int PR: 202ms
Dur.QRS: 93ms QT/QTc: 391/404ms

1-Avr-2022 14:39:52

70.557



114330225506

■ Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séquence *23100 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz