

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 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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3443 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : Retraite

Nom & Prénom : BENBACHRAH ISMAIL

Date de naissance : 1948

Adresse : Residence 2 Bn A N° 24 C02

Tél. : 0661 21 68 18 Total des frais engagés : 1797 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 06/09/2022

Nom et prénom du malade : BENBACHRAH ISMAIL Age : 1948

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : H.T.A

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 : 03/09/2022 Le : 03/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
06/03/11	CGE ECG		150,00 100,00	Dr. CARDIOLOGISTE Rue 2 N° 01 - 1er Etage RP Chahdia - El Difla Tel: 0522910702 - 0604723914 INPE: 91170670

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/09/22	1647.10

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	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le :
06/09/22

Nom et Prénom :

BENBACHRAH Smail

138.10x 6

TANZAAR 100

43.45x 10
1 comprimé le matin, pendant 6 mois
INIKAL 5

30,35x 5
1 comprimé, matin et soir, pendant 6 mois
KARDEGIC 75

47.00x 5
1 sachet à midi après le repas, pendant 6 mois
XEDILOE 6.25

1 comprimé le matin, pendant 6 mois

= 1647.15

صيدلية كيلومتر 9
PHARMACIE KM 9
Dr. OUADILI Souad
Lissasta 1 - Tél: 05 22 65 00 1
INPE 1 - Tél: 05 22 236789
Dr. Mehdi Benjelloun - Cardiologue
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Casablanca - Tél: 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14
Signature:
INPE:91170670

TANZAAR® 100 mg
28 comprimés pelliculés

6 118000 071563

138,10

A standard linear barcode representing the product information.

Barcode for Xedilo 25 mg tablet

KARDEGIC 75MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 30DH70

 6 118000 061847

L01 : ZZE004
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

KARDEGIC 75 MG
 SACHETS B30
 P.P.V : 30DH70

 6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70

101
01/22/2024
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT : 220793
EXP : 05/2025
PPV : 43,00DH

LOT : 220793
EXP : 05/2025
PPV : 43,000DH

LOT : 220793
EXP : 05/2025
PPV : 43,00DH

LOT : 211892
EXP : 11/2024
PPV : 43,00 DH

EXP : 05/2025
PPV : 43,000DH

Amdipine
30 comprimés

PPV : 43,000H

LOT : 220793
EXP : 05/2025
PPV : 43,00DH

EXP : 05/2025
PPV : 43,00DH

LOT : 220793
EXP : 05/2025
PPV : 43,00DH

Ben Badra h
Smaïl

EXP
PPV
Dr. OUADILI Souad
Lissasfa 1 - Tél : 05 22 65 00 1
INPE : 9920367R9

