

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

SM

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

IKABBA T

Hakima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

06614610554

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/11/2022

Nom et prénom du malade :

Dr Benjelloun Tazi Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint **Hakima** Enfant

Nature de la maladie :

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 : **/ /**

Signature de l'adhérent(e) : **14/11/2022**

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
14/12/2021			600,-	<i>G.</i> Mostafa SKALLA RADIO LOGUE Casablanca Fone: 02 2556 17 Fax: 02 2522 53
20/12/2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU RADILOGUE ICE - 008309760000 16, Avenue du 20 Mars - CASABLANCA Tel: 0522 26 68 19 - Fax: 0522 48 22 22	14.01.2022	1082,-
		092048446

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	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 canalaire, 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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

Docteur Mostafa Skalli

Spécialiste des Maladies
du Coeur et des vaisseaux
ECHOGRAPHIE – DOPPLER
EPREUVES D'EFFORT – HOLTER

Ancien Enseignant
à la Faculté de Médecine
de CASABLANCA

الدكتور مصطفى الصقلي

إختصاسي في أمراض القلب والشرايين
الفحص الآلي للقلب والعروق

أستاذ سابق بكلية الطب
والمعهد الصحي الجامعي ابن رشد
بالدار البيضاء

Casablanca, le

14 Nov 2022

الدار البيضاء، في



Dra Benjelloun Toumi Hekima

Co Tchaw 300/-
(S) 1 cf mat

Bijoul 60
(SV) 1 cf mali

Anch 60
(SV) 1 cf le dor

1082.50

الدكتور
Mostafa SKALLI
مصطفي
RADIOLOGUE
Bd C. Brahim Roudani - CASABLANCA
Tél.: 0522 23 17.41 - Fax 022 25.56.11
GSM: 061 13.22.53

vive le même traitement
usqu'à prochaine rendez-vous

400, شارع إبراهيم الروదاني (إقامة الرودانی) – الدار البيضاء – الهاتف ع : 41

400, Bd Brahim Roudani (Résidence Roudani) – Casablanca, Tél. C : 05 22 23 17 41

E-mail : mostafaskalli@gmail.com - Tél. C : 0522 23 17 41 - GSM : 0661 13 22 53 المحمول:

CO-ICARD®

Irbésartan - Hydrochlorothiazide

LOT : 210783

EXP : 05/2024

PPV : 158,00DH



imés pelliculés

28 x

300/125
mg

Voie orale

CO-ICARD®

Irbésartan - Hydrochlorothiazide

LOT : 210783

EXP : 05/2024

PPV : 158,00DH



imés pelliculés

28 x

300/125
mg

Voie orale

CO-ICARD®

IrbéSartan - Hydrochlorothiazide



150 / 12,5
mg

Voie orale

Comprimés pelliculés

28 x

LOT : 220449

EXP : 03/2025

PPV : 134,30 DH

CO-ICARD®

IrbéSartan - Hydrochlorothiazide



150 / 12,5
mg

Voie orale

Comprimés pelliculés

28 x

LOT : 220449

EXP : 03/2025

PPV : 134,30 DH

ملغ 10
عن طريق الفم

أميپ®
أملاوديبين

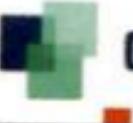


25,20

AMEP® 10mg
28 comprimés



6 118000 081784

 COOPER
PHARMA

ملغ 10
عن طريق الفم

أميپ®
أملاوديبين

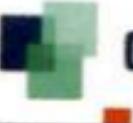


25,20

AMEP® 10mg
28 comprimés



6 118000 081784

 COOPER
PHARMA

ملغ 10
عن طريق الفم

أميپ®
أملاوديبين

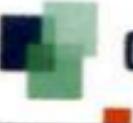


25,20

AMEP® 10mg
28 comprimés



6 118000 081784

 COOPER
PHARMA

ملغ 10
عن طريق الفم

أميپ®
أملاوديبين

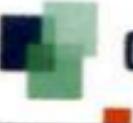


25,20

AMEP® 10mg
28 comprimés



6 118000 081784

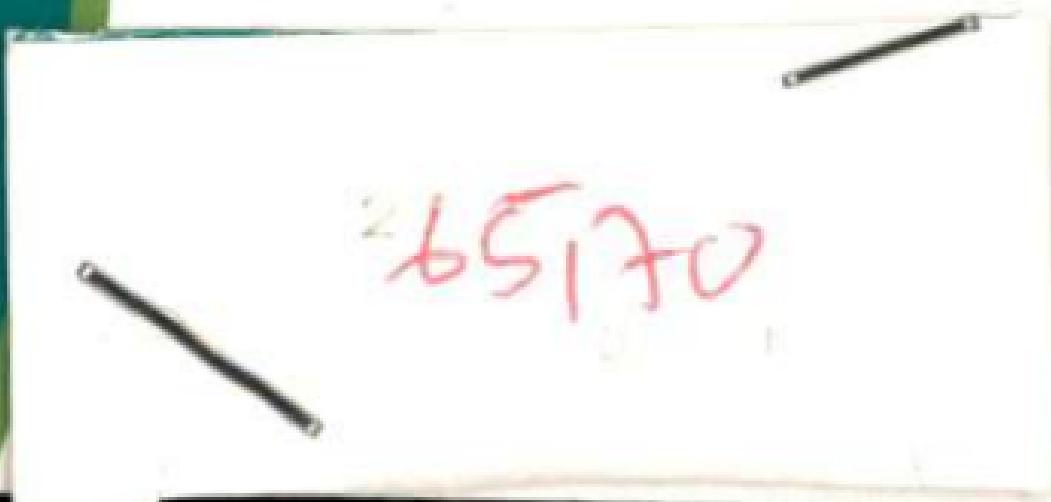
 COOPER
PHARMA

POLYMÉDIC

BIPROL® 10 mg

Bisoprolol

POLYMÉDIC



30
COMPRIMÉS PELLICULÉS
SÉCABLES

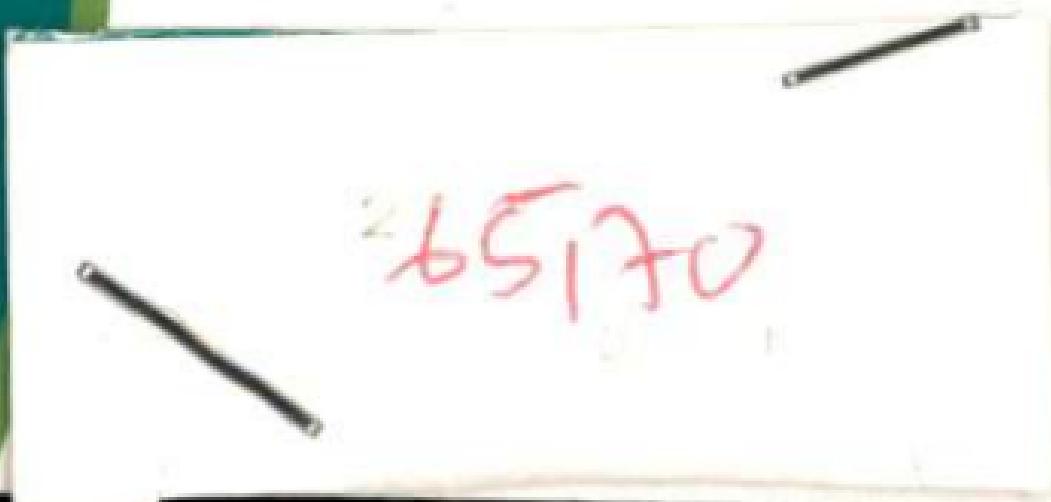
VOIE ORALE

POLYMÉDIC

BIPROL® 10 mg

Bisoprolol

POLYMÉDIC



30
COMPRIMÉS PELLICULÉS
SÉCABLES

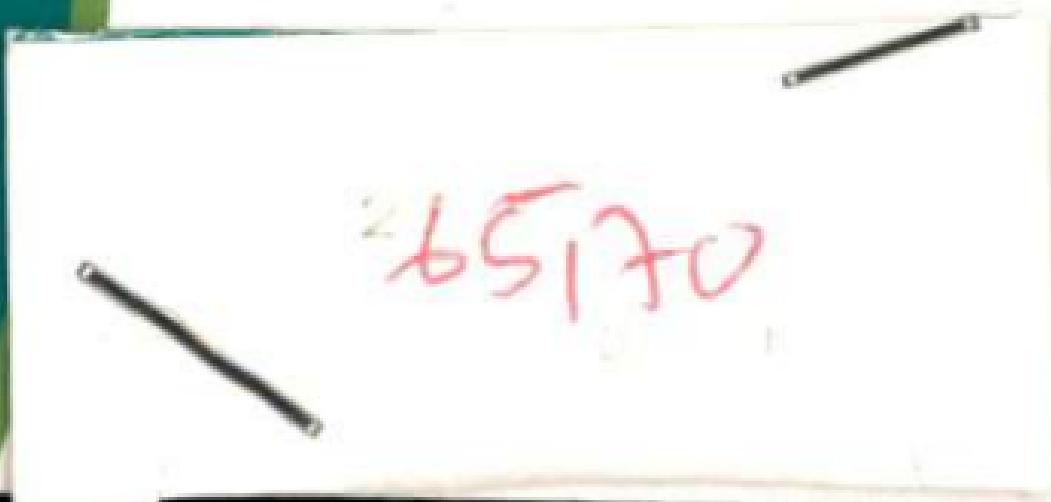
VOIE ORALE

POLYMÉDIC

BIPROL® 10 mg

Bisoprolol

POLYMÉDIC



30
COMPRIMÉS PELLICULÉS
SÉCABLES

VOIE ORALE