

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.

adiologie 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.

ptique :

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

éducation :

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.

entaire :

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

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 caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0000866

courrier

180121

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6493

Société :

R.A.M

RETRAITE

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

344,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENDALI Ahmed
médecin généraliste
Jirari II

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : 10-10-2023 TANGER Le : 10/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº M21- 00866

Min 10/10/23

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 : 6493

Nom de l'adhérent(e) : TAHRI JOUTEI

Total des frais engagés : 344,70

Date de dépôt :

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
10/10/2023	C	200 DH		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/10/2013	R\$ 144,70 D.P.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

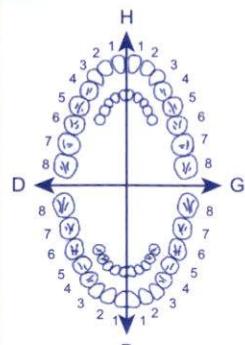
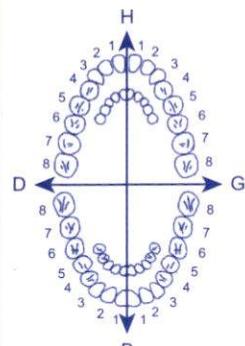
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ORL.

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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td><td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Docteur AHMED BENDALI

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté de médecine de Rabat

Spécialiste en Santé Publique

Lauréat de la Faculté de médecine

de Nancy - France

INPE : 161 131 164

الدكتور أحمد بن دالي
الطب العام

خريج كلية الطب بالرباط

اختصاصي في الصحة العامة

خريج كلية الطب بفرنسا

(ناسى - فرنسا)

طنة في ٢٣/١٠/٢٠٢٣
Tanger, le ٢٣/١٠/٢٠٢٣

TANRI TOUTEI KHAIL

40,40

١ - METOSFENAMYL ٥

30,50

mg + ٣ mg

- 2 - IModium

73,80

mg +

- 3 - HEPANT mg +

144,70



Dr. BENDALI Ahmed
médecin généraliste
Jirari II
+212 0539360300



الجرياري الثاني شارع عائلة المسافر رنقة رقم 85 رقم 23 - الطابق الأول

Jirari II, Avenue Aicha Al Moussafir, rue 85, n° 23

1^{er} étage - Tanger . Tél 0539 36 03 00

E-mail : ahmedbendali35@gmail.com

طنة .



HEPANAT®

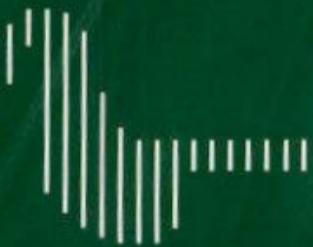
le dieci erbe

Le régulateur naturel du transit gastro-intestinal

ESNAPHARM
Laboratoire



40 comprimés



هیپانات

40 قرص

A consommer de préférence avant fin :

Lot n°

73,80 DH

01/2026
Z0261

SYSTEME DE GESTION QUALITE
CERTIFIE ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY

Produit Fabriqué par ESI srl ■ ■
Via delle Industrie 1 Albissola Marina (SV) ITALY esi.it
Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid
Benjelloun - Maarif extension - Casablanca

ميتوباسمي®

سترات ألفيرين 60 ملغ سمتكون 300 ملغ

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca



6 118001 100293

20 كبسولة لينة

ن طريق الفم

زن طلاق /
FAB /
ت. إ. ص. /
EXP /
رقم لحمة /
LOT /

VN9017

03-2022

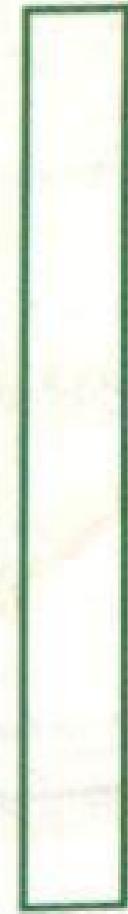
03-2025



مايوسي
سبندر

أينما في العالم

عن طريق الفم - 5 ملليلتر



Uniquement sur ordonnance - Liste II

|| حسناً . يرجى الانتباه وتحفظ الدليل

PER : 03 2024

L01 : 9 SMA063

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gel

P.P.V : 30DH50



... gélule(s) ... fois/jour
pendant ... jours

JANSSEN-CILAC

Fabriquée sous licence par :
maphar

Km 10, route côtière 111
Quartier Industriel, Zenata
Aïn Sebaâ, Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable