

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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3593

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Heniti Saida

Date de naissance : 13 - 10 - 1962

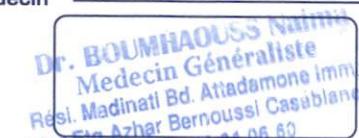
Adresse :

Tél. : 06 63 08 99 21

Total des frais engagés : 927,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/10/2088

Nom et prénom du malade : DHARINA FARAH

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : rhume

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 : Casa

Le : 20/10/2088

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/10/2022 (8) | | | #15000 |  Dr. Meddah Altadaimone Dr. Madini et Dr. Altadaimone Imm Dr. Elouazzani Bernoussi Casablanca Tél : 05 22 01 06 69 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 20.12.22 | 777.50 |
| | J. | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a 12x12 grid with numbered circles (1 through 8) and arrows indicating movement paths. The grid is bounded by arrows pointing North (H), South (B), East (G), and West (D). The numbers represent a sequence or value assigned to each cell. The arrows indicate specific movement rules: from circle 1, one arrow points up-right (H) and one down-right (B); from circle 2, one arrow points up-left (H) and one down-left (B); from circle 3, one arrow points up (H) and one down (B); from circle 4, one arrow points right (G) and one left (D); from circle 5, one arrow points up-right (H) and one down-right (B); from circle 6, one arrow points up-left (H) and one down-left (B); from circle 7, one arrow points up (H) and one down (B); and from circle 8, one arrow points right (G) and one left (D). The pattern repeats every two rows.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة نعيمة بومهاوس
الطب العام

Docteur Najma BOUMHAOUSS
Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine
& Pharmacie de Casablanca
Université Hassan II
Diplômée de l'Institut International
d'Echographie à Nîmes - France

Echographie - Suivi de grossesse
Pose de Stérilet

خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء جامعة الحسن الثاني
خريجة المعهد الدولي
للفحص بالصدى بنيم بفرنسا

الفحص بالصدى - متابعة العمل
وضع اللوب

Casablanca, le :

Nom & Prénom Du Patient :

84.90 x 3

1) - Dryphastm 4
140 x 2 g du 16 au
25 jours régulier.

115.10

2) - Rizzonel 3

88.00

2 pulv x 2 g (1)

167.90

1 pulg le soir.

4) - Sachet 1 (1)

55.70

1 s x 3 g (8j)

5) - Hypnopolis gel : 1 app x 3 g

6) - Neosporin

Bio Farouk

88.00

FFF.50

Dr. BOUMHAOUSS
Medecin Generaliste
Résidence Madinati Ed. Attadamoun
Tél: 05 22 01 06 60

شارع التضامن إقامة مدینتی عمارة 2 الطابق الأول رقم GH9 الأزهر البرنوسي الدار البيضاء - الهاتف : 0522 01 06 60
Bd. Attadamoune Résidence Madinati - Imm. 2 GH9 - 1er étage N° 13 Azhar - Bernoussi - Casablanca - Tél: 0522 01 06 60

ICE : 001864860000025 - INPE : 091183681

BIOFAR MAGNESIUM VITAMINES B6
Certificat d'enregistrement :
C.E.N° 20210309235/MAv6/DMPICA/18

BIOFAR Mag Vita B6 CP Bte 20
PPC 189.00

| | |
|---------|--------|
| Ut Av | Lot : |
| 07/2024 | 1224/4 |

IPHADERM

LOT: 348 / PER: 06/2025
PPC: 59.70 DH

N° du Lot

21L49

Date Per.

2024-05-24

P.P.V: 119,10 DH

A20010353/04

PPV: 88DH00

PER: 05/25

LOT: L1578



PPV: 162DH00
PER: 07-25
LOT: L2481

6 118000 010517

maphar
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc
DUPHASSTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90

1125512

6 118000 010517

maphar
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc
DUPHASSTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90

1125512

6 118000 010517

maphar
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc
DUPHASSTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90

1125512