

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

- 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 : 545

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M.A.S.R.OU.L Abdessra. Bak

160468

Date de naissance : 28/01/45

Adresse : 32, A⁹ Kennedy Casa

Tél. : 0661 28 09 69

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Malika NOUREDDINE
Cardiologue
INPE : 031 26849

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/04/2023

Nom et prénom du malade : Mekhoud Smaïl Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

Maladie connue

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 :

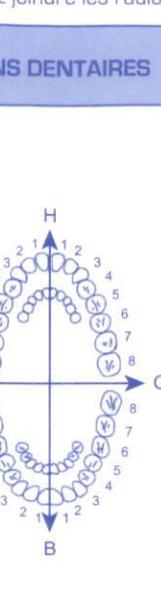
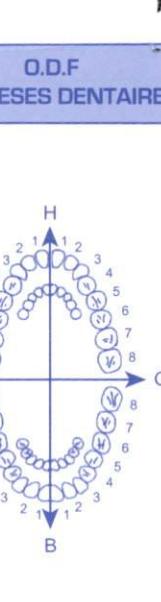
Le : 13 MAI 2023

Signature de l'adhérent(e) :



| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE LAHJAJMA Nadia ZEMMAMA Avenue des Résidence laghazouli Casablanca - Tel : 05 22 20 28 65 | 17/06/03 | 99620 |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Dents Traitées | | Nature des Soins | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | DENTS TRAITÉES | | NATURE DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">H</td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">B</td> </tr> </table> | | | | | H | | G | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | D | | B | |
| H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Malika NOUREDDINE

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Coeur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Résident des Hôpitaux de Paris



الدكتورة مليكة نور الدين

ستاذة في أمراض القلب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس

Casablanca Le 17.4.2023

more ~~metabolic~~ ~~sub~~normal

1046 \rightarrow x8

① Sechaf 4000g SCP

8920x8

② Ambar 500g SCP

③ Cresbr 1000g SCP

2770x3

④ Sardina 500g SCP

9900x2

⑤ Deder 200g

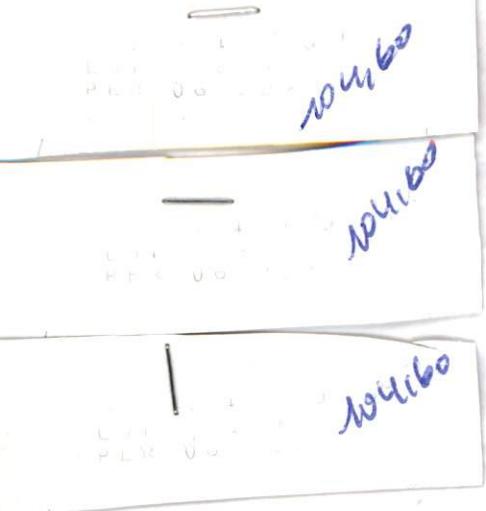
Projel : matin à fin
347/18 Professeur
G. Lexicon 6009
M. B. B. M. N. N. N.
Sous G. professeur
Nahs
Bilée

71، زنقة أبو العلاء زهر إقامة إسماعيل الطايف الأول رقم 10 (قرب كلية طب الأسنان فوق ماما بيزا) هي المستشفيات - الدار البيضاء

71, Rue Abou Alaa Zahr Angle Rue Tabit Bnou Koura Résidence Smail 1er Etage N° 10 (Prés de la

Faculté de médecine dentaire au dessus mama pizza) Quartier des hôpitaux - Casablanca

Tél. : 05.22.86.57.52 - Urgence : 06.64.86.46.44 - E-mail : drnoureddinemalika@yahoo.fr



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

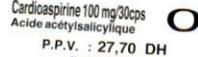


6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

LOT 211485
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

LOT 211485
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

LOT 211485
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

| | | | | |
|----------|--------|--------|--------|--------|
| UT.AV : | 03 | 03 | 03 | P.P.V. |
| LOT N° : | 211485 | 211485 | 211485 | 89,20 |
| UT.AV : | 03 | 03 | 03 | P.P.V. |
| LOT N° : | 211485 | 211485 | 211485 | 89,20 |
| UT.AV : | 03 | 03 | 03 | P.P.V. |
| LOT N° : | 211485 | 211485 | 211485 | 89,20 |



