

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

Matricule : *3082*

Société : *Néboula*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Semli DAoudi*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : *0 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *03/04/2023*

Nom et prénom du malade : *EL HATTAB EL IRRAHIFI Fatiha* Age : *21 JUIN 2023*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dermatose

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 : *03/04/2023*

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
 PHARMACIE ALEXANDRE Mme BENJELOUN Fouad Docteur en Pharmacie 35, Boulevard Alexandre 35 - Casablanca Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca	03/04/13	 36410

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

The diagram shows a 10x10 grid of circles, each containing a number from 1 to 8. The grid is oriented with arrows at the corners: a vertical arrow pointing up at the top center, a horizontal arrow pointing left at the top-left corner, a horizontal arrow pointing right at the bottom-right corner, and a vertical arrow pointing down at the bottom center. The numbers are arranged in a pattern that suggests a path or sequence, starting at 1 in the top-left corner and ending at 8 in the bottom-right corner. The numbers are: Row 1: 1, 1, 2, 2, 1, 1, 2, 2, 3, 3; Row 2: 4, 3, 2, 2, 3, 4, 5, 5, 6, 6; Row 3: 5, 6, 7, 7, 8, 8, 7, 7, 6, 6; Row 4: 6, 7, 8, 8, 7, 7, 6, 6, 5, 5; Row 5: 7, 8, 8, 8, 7, 7, 6, 6, 4, 4; Row 6: 8, 7, 6, 6, 5, 5, 4, 4, 3, 3; Row 7: 7, 6, 5, 5, 4, 4, 3, 3, 2, 2; Row 8: 6, 5, 4, 4, 3, 3, 2, 2, 1, 1; Row 9: 5, 4, 3, 3, 2, 2, 1, 1, 1, 1; Row 10: 4, 3, 2, 2, 1, 1, 1, 1, 1, 1.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie -Vénéreologie

Dermato- Allergologie

Dermatologie Esthétique

Laser



PHARMACIE ALEXANDRE
Mme BENJELLOUN Doudia
Docteur en Pharmacie
35, Boulevard Abdellatif
Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca
Tunis, Agadir, Rabat - IFF, on 1977 A.D. Ann 11

Casablanca, le



الدكتورة زهير كوتار

إختصاصية في الأمراض

المحلية و التناسلية الحساسية

و علم التجميل و الليزر

03 AVR. 2023

Route EL Hattab EL ISRAHINI
Fatiha

→ lesion:

1/ Bactospray
de Sav x 1g.

Fucidine Crème
de Sav x 1g.

Cicavit Crème
de Sav x 10ml

compris p'tit g

URGENCE

عبد المؤمن سنتر زاوية أنوال - عبد المؤمن شقة رقم 208، الطابق الثاني فوق بريوش دوري، الهاتف: 0522 86 22 17 - 0522 86 22 20 / الفاكس: 0661 50 63 99 / النقال: 0522 86 53 73

452, Abdelmoumen Center, Angle Anoual-abdelmoumen, Appt N°208, 2ème étage au dessus de la brioche dorée

Tél: 0522 86 22 20 - 0522 86 22 17 / GSM : 0661 50 63 99 / Fax : 0522 86 53 73

البريد الإلكتروني: zouhair.Kawtar@gmail.com

Teg à deru Idouche



Professeur ZOUHAIR Kawtar
Dermatologue
452, Angle Anoual Alidjoumen, App 208
Tél : 0522862229/1 0661506399
Fax : 0522863373



PHARMACIE ALEXANDRI
Mme BENJELLOUN Fouzat
Docteur en Pharmacie
35, Boulevard Alexandre
Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca
Fax: 0522.86.15.13

Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie - Vénérologie

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique

Laser



الدكتورة زهيد كوتار

إختصاصية في الأمراض
الجلدية والتالاسية الحساسية
و علم التجميل والليزر

Casablanca, Le 03 AVR 2023

Mme

EL HATTAB EL Ibrahimi
Fatima

Facture : 600 DH

(Six Cent dirhams)

Professeur ZOUHAIR Kawtar
Dermatologue
452, Angle Anoual-Abdelmoumen, App 208
Tél : 0522 86 22 20 - 0522 86 22 17 - 0661 50 63 99
Fax : 0522 86 53 73 - 0661 50 63 99

Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie - Vénérologie

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique

Laser



الدكتورة زهيد كوتار

إختصاصية في الأمراض
الجلدية والتالسالية الحساسية
وعلم التجميل والليزر

Casablanca, Le

03 AVR. 2023

Home ECHATTAB ELIBRAHIMI
Fatima

Verrues Séborrhéiques (Dos)

↳ Efectro-Coagulation

Professeur ZOUHAIR Kawtar
Dermatologue
452, Angle Anoual-Abdelmoumen, App 208
Tél : 0522 86 22 20 / 0522 86 22 17 - 0661 50 63 99
Fax : 0522 86 53 73

Fucidine® 2%
crème tube de 15 g



Tube de 15 g

Fucidine® 2% crème

BACTOSPRAY
LOT: 221009
EXP: 10/2025
PPC: 148.00DH

REF U6020MB

PF 2022-10

EE 1S122-19

2027-09

54



11-2025
041374
Certificat d'énergie
1er: +212 (0)22



L210197A
P : 02/2024
78.00 DH



77002 469021

