

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.

M23-006626

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 100222

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EDDOUSSI

Karin

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664641733

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fatima EL WAFA
PEDIATRE - PEDOPSYCHIATRIE
70, Rue de Libourne, Rés du Centre, Casablanca
GSM: 06.61.41.45.04 Tél/Fax: 05.22.44.45.70

Date de consultation : 17/07/2023

Nom et prénom du malade : EDDOUSSI Karim Age : 112

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : vacin + maladie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Casablanca

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.

31 JUIL. 2023

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.

Le l'adhérent(e) : Casablanca

ACQUETE 293

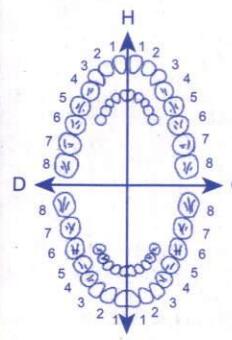
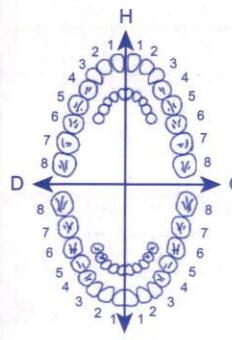
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 1/10/13 | CS | | 300,00 | <i>Signature</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE DU MECHOUAR Rajaâ SEBATI LAYAT 93, Rue de Libourne - Casablanca Tel: 05 22 30 49 90 / 05 22 34 37 79 INPE : 09 20 41 96 01 | 10.7.13 | 162,00 |
| | 25/10/13 | 126,20 |
| | | |

| 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 | |
| | | AM | PC | IM | IV |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| 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. | | | | |
| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | |
| ODF PROTHÉSES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H | 25533412 | 21433552 | |
| | 00000000 | 00000000 | | |
| | 00000000 | 00000000 | | |
| | 35533411 | 11433553 | | |
| | [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 EL WAFA Fatima

PEDIATRE
PEDOPSYCHIATRIE

Médecin Expert Assermentée Auprès
des Tribunaux

Diplômée de la Faculté de Médecine
de TOURS

Ex-Médecin Attachée aux Hôpitaux
de France

Tél. & Fax : 05.22.44.45.70
GSM : 06.61.41.45.04

Sur Rendez-vous

الدكتورة الولادة فاطمة

اختصاصية في طب الطفل والرضيع
خبيرة قضائية محلة لدى المحاكم
الطب النفسي للطفل والشباب

خريجة كلية الطب بتور
طبيبة ملحقة سابقاً بمستشفيات فرنسا

الهاتف / الفاكس : 05.22.44.45.70
المتقل : 06.61.41.45.04

بالموعد

Casablanca, le ٩٧/٠٢/٢٠٢٣ الدار البيضاء، في

Pharmacie AL FARABI
LAHBABIA Amina
45, Bd de Bourgogne Casablanca
Tél: 0522.27.35.82
T.P. 35601098 - ICE: 00165418700001
INPE 0920046379

$40,50 \times 4 =$

162.00

126.00

PHARMACIE DU MECHOUI
RUE DE LIBOURNE 70, CASABLANCA
TÉL: 0522.30.49.00 / 0522.37.19
TÉL: 0522.30.49.00 / 0522.37.19
TÉL: 0522.30.49.00 / 0522.37.19

Dr. Fatima EL WAFA
PEDIATRE - PEDOPSYCHIATRE
70, RUE DE LIBOURNE, RÉSIDENCE DU CENTRE, CASABLANCA
GSM: 06.61.41.45.04 (TÉL: 05.22.44.45.70)

70, زنقة ليبورن - زاوية شارع المقاومة وشارع محمد السادس - الدار البيضاء
70, Rue de Libourne, Résidence du Centre - Angle Bd. de la Résistance et Bd. Med VI - Casablanca

Fabricant /  EERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION
Rue du lycée - 45500 Gien - France
Tél. 02 38 63 20 20 - Fax 02 38 63 20 21
E-mail : erre@erre.fr

AMM N° 473/17/DMP/21/NRQ

319334

5

118001103041

Tardyferon® 80 mg

30 comprimés pelliculés

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

Medicament non soumis à prescription médicale

Fabricant /  EERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION
Rue du lycée - 45500 Gien - France
Tél. 02 38 63 20 20 - Fax 02 38 63 20 21
E-mail : erre@erre.fr

AMM N° 473/17/DMP/21/NRG

319334

5

118001103041

Tardyferon® 80 mg

30 comprimés pelliculés

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Djouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

Medicament non soumis à prescription médicale

PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION
Fabricant / گذار
Rue du lycée - 45500 Gien - France
کے گلی 45500 - گین، فرانس
لے گلی 45500 - گین، فرانس

AMM N° 473/17/DMP/21/NRQ

319334

5

118001103041

Tardyferon® 80 mg

30 comprimés pelliculés

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Djouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUD

PPV : 40.50 DH

Medicament non soumis à prescription médicale

PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION
Fabricant / گذار
Rue du lycée - 45500 Gien - France
کے گلی 45500 - گین، فرانس
لے گلی 45500 - گین، فرانس

AMM N° 473/17/DMP/21/NRQ

319334

5

118001103041

Tardyferon® 80 mg

30 comprimés pelliculés

30 comprimés pelliculés

30 comprimés pelliculés

Distribué par **COOPER PHARMA**
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

약제처방증명서
Medicament non soumis à prescription médicale