

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

A71536

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
9239

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YASSIRÉ Meilleure

Date de naissance :

10/05/66

Adresse :

8 Rue Panthénor EST 7/11 Res RAMA

Télé. :

0519 31 23 27

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14/07/2013

Nom et prénom du malade :

Yassiré

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Onychite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous olconfidential 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 14/07/2013

Le : **14/07/2013**

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
17/07 2023		Co	200,00	Dr. M. A. KERCHANI Hanane DENTISTE DENTOLOGUE Diplômée de Bruxelles Tel + Fax: 0522 21 44 75 - GSM: 0668 098 083

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie siham Rue 31 et 34 lot. Omary, Alchok - Casablanca Tel: 0522 52 63 03	7/8/23	321.00

ANALYSES - RADIographies

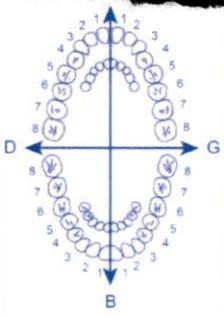
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 17.07.23		BLS4	200 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

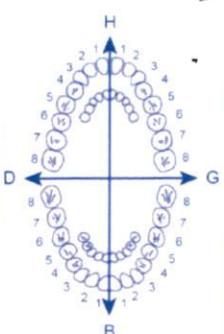
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

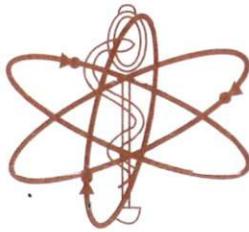
DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie Moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal



الخبر لأنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

Mme Nada NOURAZIZ

Né(e) le : 07-12-1999

Dossier N° : 2307170036

Date de l'examen : 17-07-2023

Prélevé le : 17-07-2023 11:12 en interne

Édité le : 07-08-2023

DR : Dr EL AARCHANI

Adresse :

Page 1 / 1



ACCREDITATION
N° 8 3245
Porté disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

BACTERIOLOGIE

EXAMEN MYCOLOGIQUE

(Cultures sur milieux Sabouraud-Choloramphénicol-Actidione)

Origine du prélèvement : orteils pieds gauche

Examen cytologique

Examen direct : Positive

Présence de quelques filaments mycéliens

Examen mycologique

Cultures : Cultures stériles



Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal



لَجْنَبُ اَنُوَال

Docteur Jamal FEKKAK
Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2307170036

Mme Nada NOURAZIZ

Demande N° 2307170036
Date de l'examen : 17-07-2023
Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Vet	Clefs
	Examen mycologique rech., cult, ident.	E200	E

Total des B. 0.00

TOTAL DOSSIER: 200 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de deux cents dirhams DH

ANOUAL



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**

Centre de Podologie Californie

Hanane EL AARCHANI

Podologue

Diplômée de Bruxelles



مركز علاج أمراض القدم كاليفورنيا

حنان العرشاني

أخصائية في علاج أمراض القدم

خريجة معهد بروكسل

Date : ١٧/٥/٢٠٢٣

Nom et Prénom : NourAzziz Nada

- Faire SVP un prélèvement

mycologique.

desorteils pied (le)

(ongles mycoses)



Centre de Podologie Californie
Hanane EL AARCHANI
PODOLOGUE
Diplômée de Bruxelles
Tél / Fax: 0522 21 44 55 GSM: 0668 098 083

404, Angle Bd Al Qods et Bd Yafa, Résidence Safaa, 3ème étage Appt. 19,
Californie Casablanca

Tél : 0522 214 455 / 06 68 09 80 83

Email : c.podologie.californie@gmail.com

Centre de Podologie Californie

Hanane EL AARCHANI

Podologue

Diplômée de Bruxelles



مركز علاج أمراض القدم كاليفورنيا

حنان العرشاني

أخصائية في علاج أمراض القدم

خريجة معهد بروكسل

Date : 07/08/2023

Nom et Prénom : Nour AZIZ Nada

- Accrue 1s Vernis
321^o SP 2x / main
pdt 3 mois

Centre de Podologie Californie
Hanane EL AARCHANI
PODOLOGUE
Diplômée de Bruxelles
Tél / Fax: 0522 21 44 55 - GSM: 0668 098 083

Pharmacie Siram
Angle Rue 31 et 34 lot 2000
N°6 Al Qods Casablanca
Tel 0522 52 63 03

404, Angle Bd Al Qods et Bd Yafa, Résidence Safaa, 3ème étage Appt. 19,
Californie Casablanca

Tél : 0522 214 455 / 06 68 09 80 83

Email : c.podologie.californie@gmail.com