

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.

N° W21-781378

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 6884		Nom & Prénom : Bengelloun Soumeylou Aissa	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 066 1086153 066 1390669		Total des frais engagés : 386,40 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
<p>Dr Houda KADIRI MEKOUAR Spécialiste en Rhumatologie Angle Bd Abdelmoumen et Rue Soumaya Résidence Shahrazade 3, 1^{er} Etage N° 3 - Casablanca Tél. : 051 58 98 76 / 98 03 28 - Gsm : 0651 58 98 05</p> <p>16 NOV. 2023 ACCUEIL</p>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 20/11/2023			
Nom et prénom du malade : Dr Houda BEN YOUSSEF			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection articulaire			
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 : INPE: 001002768
Signature de l'adhérent(e) : LCE: 001697860000077



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
06/9/2023	CSC MNG			IND 891780160 2023

Dr Houda KADIA MEKOUAR
Spécialiste en rhumatologie
Angle Bd Abdelmoumen et Rue Soumaya
Résidence Shohrazad 3, 10ème étage n° 3 - Casablanca
Tél : 0522 98 02 39 / 98 01 25 - GSM : 0651 58 98 05

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE AHJAJMA N° 10 AVENUE CASABLANCA AVENUE CASABLANCA	20-09-2023	17,00 HT
	20-09-2023	169,00 ..

ANALYSES - RADIGRAPHIES

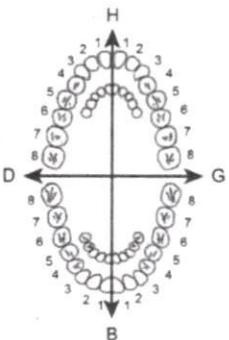
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

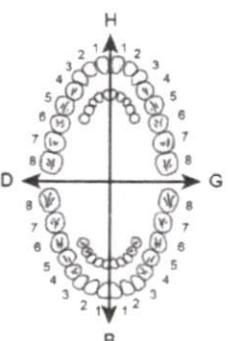
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Casablanca, le 26/9/2023

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur Kadih

*a l'honneur de présenter ses compliments à
M^s Benjelloun Trimi Anissa
et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.*

Soit la somme de :
cent cinq dhs (80000 dhs) pour une perfusion
d'Apitel (Paracetamol) + Aclastasine pour son DHS
mais avec un seul anti ostéoporotique

زاوية شارع عبد المؤمن وزنقة سومية، إقامة شهزاده III، الطابق الأول رقم 3 الدار البيضاء - الهاتف: 0651 58 98 05 / 0522 98 02 39/98 03 28
Angle Bd. Abdelmoumen et rue Soumaya, Résidence Sherazade III, 1^{er} Etage, N°3 - Casablanca - Tél : 0522 98 02 39/98 03 28 / 0651 58 98 05

Casablanca, le 26/9/2023

l'offre vous le présente pour
Mrs Aissa Belykova
Buini a benefice d'une
perfusion d'Hotel *Gavocat*
+ Accoste 8mp sur un
trouement annuel anti-
steoscor

Casablanca, le

20/9/2023

Line Amino

79,20



21hromox

22,70

Pechyl strip

Beyjellun Boumi

500 ICP j x 3 j.

Icoll x 3 j

30,50

Nadolfin

ICP x 2 j

37,00

Doxyl

ICP x 26 x 3 j -

169,00

PHARMACIE SHERAZADE
N°3 RUE SOUMAYA
Télé: 05 22 20 28 67

INPE: 091697860000077
Houda KADIRI MEKOUEAR
Spécialiste en Rhumatologie
Résidence Sherazade 3, 1^{er} étage, N°3 Casablanca
Télé: 0522 98 02 39 / 0522 98 03 28 / 0651 58 98 05



زيثرومакс

أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 10 2024

P.P.V.

79 70

LOT N° : G F 0535

79,70

09366030/4



המשרד הבריאות

סילון 150



סילון אקסקטורנט
PECTRYL®

רעלת אקסקטורנט - גומינטונין

PECTRYL®

PPV 22DH70 EXP 01/2026
LOT 32043 1

PECTRYL®
SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP

150 ml

400 ملجم

ابوبروفين

نو - دول فین

30 قرصا مغلفا

No-Dol Fen 400mg

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau C

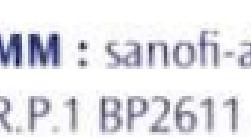
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول C

PER:11 2025

LOT:22E012



NO - DOL FEN 400MG
CP PELL B30
P.P.V : 30DH00



Titulaire de l'AMM : sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat R.P.1 BP2611 - Ain Sebaâ 20250

Casablanca - Maroc.

Fabricant : Maphar

km 10, route côtière 111, Quartier industriel

Zenata - Ain Sebaâ 20250 Casablanca - Maroc.

Boîte de 20 comprimés

DUOXOL
500mg / 2mg
Paracétamol / Thiocolchicoside
Voie orale



POLYMÉDIC

37,00

DUOXOL

Boîte de 20 comprimés

500mg / 2mg

DUOXOL

علبة من 20 قرص