

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 rééducation.
- 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

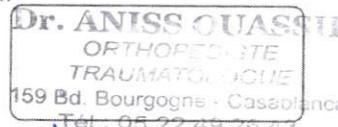
- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |

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° W19-554945

42551

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 08731	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MEKKAOUI MARIA			
Date de naissance : 25/08/1966			
Adresse : 9 lot n° MANAR CATHARSIS 4A			
Tél. : 0661169263	Total des frais engagés :		Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	25/08/20
Nom et prénom du malade :	MEKKAOUI MARIA
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Douleur abdominale
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 : **CHAMOUN CITE** Le : **01/09/2020**
Signature de l'adhérent(e) : 

05 ULT. 2020

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
25/08/20	C-S	31		INP : LILLE 1 Dr. ANTOINE OFFICIEL TRAITEMENT - Casanova 159 Bd. Bourgogne - 26492 Bourgogne 43 Tél : 04 75 22 49 26

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/08/2020	24,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

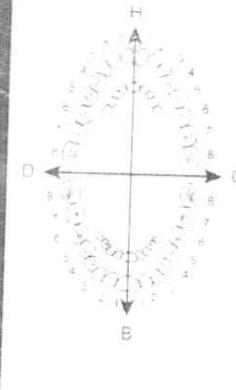
Cachet et signature du Laboratoire d'Analyses Radiologiques	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/09/2020	131 F2	201,00 HT

AUXILIAIRES MEDICAUX

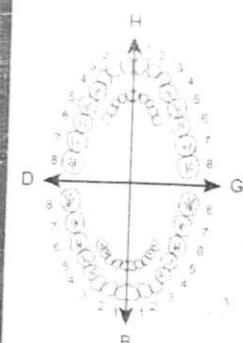
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
	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

Docteur Aniss OUASSIF

Maladies des Os et de la Colonne
Vertébrale

Diplômé en Médecine Manuelle
et Ostéopathie

Assermenté auprès les Tribunaux

159, Bd Bourgogne - Bourgogne

Tél.: 05 22 49 26 43



الدكتور أنيس وصيف

أمراض العظام والعمود الفقري

خبير محلف لدى المحاكم

159، شارع بوركون - بوركون

الهاتف : 05 22 49 26 43

Casablanca, le الدار البيضاء، في

08 SEPT 2020

Messioui Nabil

24/80 Nabil fait



3yg + dg



~~Dr. ANISS OUASSIF
ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
159 Bd. Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 49 26 43~~

نابيول®
القوي
ملغ 100

نيتروكسولين

عن طريق الفم

50 قرصا ملبيسا

PPV : 24DH80

PER : 04-23

LOT : J1176

nabyol forte® 100 mg
Nitroxoline
50 Comprimés enrobés

بوتي ش.م
8. مصر الكازياريتاس - عين السبع - الدار البيضاء
س. البشوشى - صيدلى مسؤول

Ordonnance

Dr. ANISS OUASSIF
ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
159 Bd. Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 49 26 43

Le 25/08/20

MEKKAOUI MARIA

ECBU

Dr. ANISS OUASSIF
ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
159 Bd. Bourgogne - Casablanca
Tél : 05 22 49 26 43

Laboratoire d'Analyses
Médicales du Phare
Av. Dr Mohamed Sijelmassi
Rés. Lalla Khaddouj - Casablanca
Tél: 0522 20.32.36 - Fax: 0522 20.32.86

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DU PHARE

Résidence Lalla Khaddouj, Avenue Dr Mohamed Sijelmassi - Bourgogne - Casablanca
Tél : 0522 20 32 36 - Fax : 0522 20 32 86

Patente : 35615040
I.F. : 40530035
CNSS : 7700447
ICE : 001649183000006
INPE : 093060473

Casablanca le 1 septembre 2020

Mme MEKKAOUI MARIA

MUPR

FACTURE N°	2551
------------	------

Analyses :

ECBU -----	B	150
------------	---	-----

TOTAL DOSSIER	201,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Un Dirhams

Laboratoire d'Analyses
Médicales du Phare
Ave. Dr Mohamed Sijelmassi
Rés. Lalla Khaddouj - Casablanca
Tél: 0522 20 32 36 / Fax: 0522 20 32 86



Dr Kaoutar MOUMILE

Pharmacien Biologiste - D.E.S de Biologie Médicale de l'Université Paris XI
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris - Ancien Praticien Attaché en Microbiologie à l'hôpital Necker - Paris

Prélèvement effectué le : 01/09/20
Edition du : 03/09/20

Mme MEKKAOUI MARIA
Né (e) le : 25/08/1966
Référence : 2012

Examen cytobactériologique des urines

Recherches effectuées selon les exigences réglementaires et normatives

Modalité de recueil ----- : Prélèvement apporté au laboratoire
Traitement antibiotique ----- : Absence d'antibiothérapie

Leucocytes ----- : 60 000 * /ml < 10000
Hématies ----- : < 10000 /ml < 10000

Cellules épithéliales ----- : Quelques
Cristaux ----- : Absence
Cylindres ----- : Absence

EXAMEN DIRECT

Bacilles à Gram négatif

CULTURE SUR MILIEUX SPECIAUX

Numération des germes ----- : > 10 000 UFC/ml
Identification du germe ----- : Escherichia coli

Dr Kaoutar MOUMILE
LABORATOIRE DU PHARE
Dr. Kaoutar MOUMILE
Diplomée Médicale
Av. M. Sijel Massi, Rés. Lalla Khaddouj
Casablanca
Tél: 0522 20 32 33 - Fax: 0522 20 32 06