

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.

Nº W19-593260

73694

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 646 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FATEMI AHMED

Date de naissance :

Adresse : 146 Av Prince Henriet Rés AL KARAM 1

Etg 7 N° 38 TANGER

Tél. : 05389412488 Total des frais engagés: _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24 05 2021

Nom et prénom du malade : LAHLOU MARIA Age: 1954

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Parent Enfant

Nature de la maladie : N.C.B

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 : Tanger Le : 28 05 2021

Signature de l'adhérent(e) :

.....

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
24/05/2021	CF		140,46	INP : 16116937 Dr. SQALLI HOUMAOU RHUMATOLOGUE Rue Ouardouz 41 El Khattab Rés. Naïb 1er Etage Appart 4 Q.A 26-04-05-77-TANG

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CHAUMIÈRE INPEX 001-1234567890 INPEX: 001-1234567890	24/10/2021	212,60

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																		
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Docteur Sqalli Houssaini Ghita

Rhumatologue

Echographie

Osteo-articulaire



الدكتورة سقللي حمینو غیثة

طبيبة اختصاصية في أمراض
العظام والمقاتل والروماتيزم
إيكوغرافيا العظام والمقاتل

Tanger, le : 24/05/2021 طنجة، في:

Dr. SQUALLI HOUSSAINI Ghita
Rue RHUMATOLOGUE
Najib 1er Etage Appt. 4 Q.A.
TANGER
Tél/Fax : 05 39 94 05 77 - GSM : 06 36 95 84 22 / E-mail : sqghita@hotmail.com

Mme Maria Lahcen

①

S 711-
Nydeoflse



1cp x 31g pd 10grs

②

1u. N 3
cétamyl lg



1cp x 31g pd 08grs

③

78112
Erycine 75mg



1gellg. le son - pd 04grs

puis 1gellg 2 g pd 05grs

212,60

PHARMACIE BOURAÏD
Driss 14
Tél/Fax : 05 39 94 10 00 - GSM : 06 36 95 84 22
E-mail : 55507600007
RE: 162015961
Souscription : 2021-05-24

Dr. SQUALLI HOUSSAINI Ghita
RUE OMAR IBN AL KHATTAB R.S.
1er Etage Appt. 4 Q.A.
Tél/Fax : 05 39 94 05 77 - GSM : 06 36 95 84 22 / E-mail : sqghita@hotmail.com

شارع عمر بن الخطاب ، إقليم نجيب ، الطابق الأول شقة 4 العملي الإداري - طنجة

Rue Omar Ibn Al Khattab, Rés. Najib 1er étage App.4, Quartier Administratif - Tanger

Tél/Fax : 05 39 94 05 77 - GSM : 06 36 95 84 22 / E-mail : sqghita@hotmail.com



Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

75 مغ



Lot n°: 1780
Date de fab.: 05/20
Date d'exp.: 05/22



Docteur Sqalli Houssaini Ghita

Rhumatologue

Echographie

Osteo-articulaire



الدكتورة سقالي حميمي غيتة

طبيبة اختصاصية في أمراض
العظام والمفاصيل والروماتيزم
إيكوغرافية العظام والمفاصيل

Tanger, le : 24/05/2021 طبقة في :

Dr. SQAHLI HOUESSAINI Ghita
Rue Omar Ibn Al Khattab Rés.
Najib 1er Etage Appt. 4 Q/A
05 39 94 05 77 - TANGER

Mr Lahcen Nania

Fachine

Radio-graphie du rachis
cervical (P) : 200 DH

Dr. SQAHLI HOUESSAINI Ghita
Rue Omar Ibn Al Khattab Rés.
Najib 1er Etage Appt. 4 Q/A
05 39 94 05 77 - TANGER

شارع عمر بن الخطاب ، إقامة نجيب ، الطابق الأول شقة 4 الحي الإداري - طنجة

Rue Omar Ibn Al Khattab, Rés. Najib 1er étage App.4, Quartier Administratif - Tanger

Tél/Fax : 05 39 94 05 77 - Gsm : 06 36 95 84 22 / E-mail : sqghita@hotmail.com

Docteur Sqalli Houssaini Ghita

Rhumatologue

Echographie

Osteo-articulaire



الدكتورة سقلو حميمو غيطة

طبيبة اختصاصية في أمراض
العظام والمفاصيل والروماتولوج
إيكوغرافية العظام و المفاصيل

Tanger, le :

24/05/2021

طنجة في

Dr. SQUALLI HOUESSAINI Ghita
RHUMATOLOGUE
Rue Omar Ibn Al Khattab Rés.
Najib 1er Etage Appt. 4 Q.A
Tél : 05 39 94 05 77 - TANGER

Le Lahou Dania

Radiographie du
rachis cervical (P).

- Cervico- vertébral

$C_3/C_4 - C_4/C_5$ et C_5/C_6

- Artrose râte apophysaire
postérieure sifonique

Dr. SQUALLI HOUESSAINI Ghita
RHUMATOLOGUE
Rue Omar Ibn Al Khattab Rés.
Najib 1er Etage Appt. 4 Q.A
Tél : 05 39 94 05 77 - TANGER

شارع عمر بن الخطاب ، أقامة نجيب ، الطابق الأول شقة 4 الحي الإداري - طنجة

Rue Omar Ibn Al Khattab, Rés. Najib 1er étage App.4 Quartier Administratif - Tanger

Tél/Fax : 05 39 94 05 77 - Gsm : 06 36 95 84 22 / E-mail : sqghita@hotmail.com

PHARMACIE BISMI ALLAH

12 AV. DRISS IER RESIDENCE ° EL KHAIR ° TANGER ICE : 001555076000077
B P:164-640-212-110270750009-80
Tél : 0539941010/0539341919.
Patente : 50487909

Facture N° 844 283 Du 24/05/2021

Client : LAHLOU MARIA

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	EPYCA 75 MG/ 14 GEL	1	75.10	75.10
CO	CETAMYL 1G/8 CP EFF	3	14.50	43.50
CO	MYDOFLEX 150 MG BTE 30	1	94.00	94.00
3	Total	5		212.60

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENT DOUZE DIRHAMS ET SOIXANTE CENTIMES

ICE: 001555076000077
Tél: 0539941010/0539341919
B P: 164-640-212-110270750009-80
Pharmacie Bismi Allah
12 Av. DRISS IER RESIDENCE ° EL KHAIR ° TANGER
MYDOFLEX 150 MG BTE 30
CETAMYL 1G/8 CP EFF
EPYCA 75 MG/ 14 GEL

AMM N° : 240/16DMP/21/NNP

Composition :

Paracétamol 1000 mg
Excipients q.s.p..... 1 comprimé effervescent
Excipients à effet notoire : sels de sodium, sorbitol.
Boîte de 8 comprimés effervescents.

CETAMYL® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Boîte de 8 comprimés effervescents

P.P.V. : 14,50 DH



6 118000 191711

Lot: 10893 Per: 04/23



مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

Douleurs
et Fièvre

CETAMYL®
PARACETAMOL 1000 mg

سيتاميل
باراسيتامول 1000 ملغ

غالينيكا G

الآلام
والحمى

8 أقراص فواره
عن طريق الفم

Douleurs et Fièvre

CETAMYL®
PARACETAMOL 1000 mg
8 comprimés effervescents

ECEBL1VFA01

AMM N° : 240/16DMP/21/NNP

Composition :

Paracétamol 1000 mg
Excipients q.s.p..... 1 comprimé effervescent
Excipients à effet notoire : sels de sodium, sorbitol.
Boîte de 8 comprimés effervescents.

CETAMYL® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Boîte de 8 comprimés effervescents

P.P.V. : 14,50 DH



6 118000 191711

الآلام
والحمى

8 أقراص فواره
عن طريق الفم

Douleurs et Fièvre

CETAMYL®
PARACETAMOL 1000 mg
8 comprimés effervescents

ECEBL1VFA01

AMM N° : 240/16DMP/21/NNP

Composition :

Paracétamol 1000 mg
Excipients q.s.p..... 1 comprimé effervescent
Excipients à effet notoire : sels de sodium, sorbitol.
Boîte de 8 comprimés effervescents.

CETAMYL® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Boîte de 8 comprimés effervescents

P.P.V. : 14,50 DH



6 118000 191711



مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc