

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.

N° W19-426675

83246

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	10723	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OUATTID SATIRIA			
Date de naissance :	22/09/1974		
Adresse :	30 Res. TARIJA	LAKRIDATE	
A.I.N. CHOK		CASA	
Tél. :	0661535706	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Copoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : D'analyse faciale			
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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/09/2019

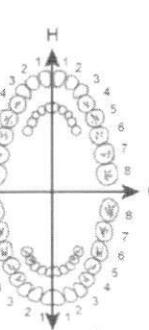
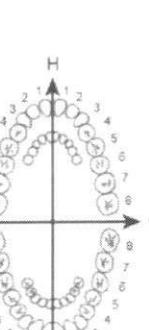
DR. ROCHTAIMA EZZAHRA

N°: 061245346

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 Victimes
22/06/2023 22/06/2023	US	1	400	INP : <input type="text"/>
			CH	ROCHOI FAIT POUR LA PEDIATRIE PE: 061245366

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou Casierbureau du Fourmeau	Date	Montant de la Facture
ESM: 06-06-2021	28/6/2021	191.-

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																													
SOINS DENTAIRES 		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"/>																									
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td> </td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">A</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		A	
H		G																											
25533412		21433552																											
00000000		00000000																											
D		G																											
00000000		00000000																											
35533411		11433553																											
B		A																											
		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"/>																											

CLINIQUE ATFAL



مصحة أطفال

22/06/2021

SL

FAICIR

MALAK

48,50x2 ✓

1/. Continued

20 mg

340/g j. pdt 10 gms

29,0

2/6 Effecol

6/1 200 mg

ARMAMENT AL MOURAD
Mourad N°64
Rue Dr. Labidi
Casablanca
Tél : 0522 231 818
Fax : 0522 235 028

ATFAL
CLINIQUE PEDIATRIQUE
Dr. ROCHDI FATIMA EZZAHRA
Tél: 0522 231 818 fax: 0522 235 028
Dr. Abderrahim Bouabid
Société CASIS
Boulevard Abderrahim Bouabid
Casablanca 23500
Tél: 0522 231 818 fax: 0522 235 028

1/10 g j. pdt 3,0 g

DR. ROCHDI FATIMA EZZAHRA
Pédiatre
INPE: 061245346

50, Bd. Abderrahim Bouabid(ex. Djerada) - Oasis - Casablanca
Tél. : 0522 231 818 (8LG) / 0522 235 073 - Fax : 0522 235 028
E-mail : atfalclinique@gmail.com

akdital AKDITAL
Acteur de Santé



Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme
de métasulfobenzoate sodique)

Excipients q.s.p. comprimé
effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate sodique).

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notable : voir notice

PPV · 48DH50

PER :03-24

LOT:K728

b

bottu s.a.
82, Allée des Cesariennes - Ain Séba - Casablanca
S.Bachouch - Pharmacien Responsable

100165

05/14

Cotipred®

prednisolone

(métasulfobenzoate sodique)

20 mg

**20 comprimés
effervescents
sécables**

20

(अस्त्रियोंकी) उत्तरांग

OTILYS®

Seawater
solution

ОТИЛИЗ

Устройство
для промывания
уха с раствором
морской воды



OTILYS® is a microbiologically controlled seawater solution which liquefies and dissolves the wax allowing its natural evacuation.

OTILYS® allows a healthy ear of the child from 6 months and the adult.

No gas, no preservative.



BIOCODEX

7 avenue Gallieni
94250 Gentilly
France

e 1FL.OZ.

ACL 3401098198421



3 401098 198421

Для размягчения и
бестравматичного удаления
избытка ушной серы и загрязнений
из наружного слухового прохода.
Содержит микробиологически
контролируемый раствор
морской воды.

Не содержит газ-пропеллент
и консерванты.

Регистрационное удостоверение №
РЗН 2013/734 от 08.07.2013 г.
Дистрибутор в России: ООО «БИОКОДЕКС»
119019, Россия, Москва,
ул. Новый Арбат, д. 21, офисы 1124-1146.
Хранить при температуре ниже 30 °C.

Произведено
ЛАБОРАТОРИЯ ФАРМАСТЕР, Франция,
Промышленная зона де
Крафт, 67150, Эрштайн,
для компании
БИОКОДЕКС С.А., Франция,
7, авеню Галльени, 94250, Жантаньи.

e 30 мл

LGR

LOT X037

2023-03





le 22/06/2021

El falciin Malolc.

Enfant agé de 13 ans se
plaint pour une paralysie faciale.
je vers l'admettre pour une cure en
Chir.

Dr. ROCHDI FATIMA EZZAHRA
Pédiatre
INPE: 061245346



Note d'honoraires

Nom et prénom

elif krim alak
CH

Diagnostic

Intervention

Cotation

Honoraires

40018

Casablanca, le

Signé

Tel.: 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028
50, Bd Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca

ATFAL

CLINIQUE ATFAL

50, Bd. Abderrahim Bouabid (ex. Djerada) - Oasis - Casablanca

© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028

E-mail : atfalclinique@gmail.com