

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

21/03/2022

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 11457	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL idrissi Ali		Date de naissance : 01/01/1972	
Adresse :			
Tél. : 0664 79 1442		Total des frais engagés : 1424,60 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 11/03/2022			
Nom et prénom du malade : BOUKHOUMA ASMAA			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Cancer coupe st + 5^e Anglise de goutte			
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 : **Co co**

Signature de l'adhérent(e) : **CMG**

Le : **15/03/2022**

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
1/10/2022	S		300,-	INP : 091667144 Signature de l'opérateur : L'opérateur : Délégation à la clinique 0612345678

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Date	Montant de la Facture
22/03/2021	734,00
22/03/2021	390,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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																	
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 PROTHÈSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
		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"/>															

PPV
LOT
PER

Aberrahmane ABOUCHAMA
pédiatre et Traumatologue

28,80
té de Louvain à Bruxelles*
pitaux de France
belgique

- * Diplômé de médecine et Traumatologie du Sport
- * Chirurgie Traumatologique et du Rhumatisme
- * Chirurgie de la Colonne Vertébrale
- * Chirurgie de la Main et Pied
- * Chirurgie Arthroscopique

PPV
LOT
PER

28,80

Casablanca, le : 15 / 03 / 2022 الدار البيضاء، في :



الدكتور عبد الرحيم أبو شامة
اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

- * شهادة من جامعة لوفان ببروكسل
- * طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا
- * ممارس سابق ببلجيكا
- * دبلوم في الطب الرياضي والإصابات بفرنسا
- * الجراحة بالمنظار الداخلي للمفاصل
- * جراحة الكسور والروماتيزم
- * جراحة العمود الفقري
- * جراحة اليد والقدم

سمسم - BEUKHOUIMA ASMAA

1. Flex 183.00 x 3 = 549.00

1s 1/- 3ns

2. V: 28.80 x 3 = 86.40

1ns

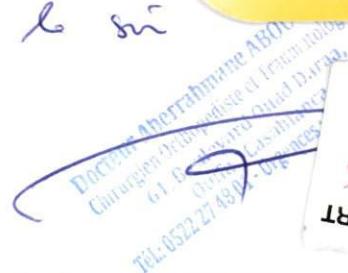
Lot:
DLC:

F138G
05/2024

P.P.C : 183,00 DH



734.40



61, Boulevard Oued Darâa, Oulfa - Casablanca - الدار البيضاء، الألفة -
الهاتف : 06 61 24 13 16 - المستعجلات : Tél. : 05 22 27 48 01

Relaxium®

B6

375 mg



1 gélule par jour

COMPLEXE RELAXANT

100 % magnésium
vitamine B6

LOT : 210657
DUO : 12/2024
99,00DH



148-147 Z1, Tit Mellil - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAIDI Pharmacien Responsable

VOIE ORALE
30 GÉLULES

REF ELAST0109

EC REP

REF ELAST0109	EC REP
Referat nr. 003 200802801. Cadastral plan for the operational area of the forest area. Area: 11211224 E1092	
02232, Mihile, str. Iuliu Maniu 1, tel.: (044) 503 89 20, www.ofis.ro Yunohosbaekmehn upgaccaekn k Yfahine, T0B «Diffa», Yfahine.	02232, Mihile, str. Iuliu Maniu 1, tel.: (044) 503 89 20, www.ofis.ro Yunohosbaekmehn upgaccaekn k Yfahine, T0B «Diffa», Yfahine.
Per. Vf nr. 003 200802801. Cadastral plan for the operational area of the forest area. Area: 11211224 E1092	Per. Vf nr. 003 200802801. Cadastral plan for the operational area of the forest area. Area: 11211224 E1092
Medico Farmaceutic Demyro SRL Cofring str. 32, bl. 108, sector 3, Bucuresti, tel. +40 (0) 31 409 53 58, e-mail: info@tonuselast.ro Importator unic in Romania: Medico Farmaceutic Demyro SRL Bucuresti, str. Iuliu Maniu 32, bl. 108, sector 3, tel./fax: +40 (0) 31 409 53 58, e-mail: info@tonuselast.ro Reprezentant autorizat in Republica Moldova: Tonus International Co. SRL str. Callea Dragneau 103/3, MD-2020, Chisinau, tel: +373 22 406728, www.tonus.md Nr. de inscriere	Medico Farmaceutic Demyro SRL Cofring str. 32, bl. 108, sector 3, Bucuresti, tel. +40 (0) 31 409 53 58, e-mail: info@tonuselast.ro Importator unic in Romania: Medico Farmaceutic Demyro SRL Bucuresti, str. Iuliu Maniu 32, bl. 108, sector 3, tel./fax: +40 (0) 31 409 53 58, e-mail: info@tonuselast.ro Reprezentant autorizat in Republica Moldova: Tonus International Co. SRL str. Callea Dragneau 103/3, MD-2020, Chisinau, tel: +373 22 406728, www.tonus.md Nr. de inscriere



Docteur Abderrahmane ABOUCHAMA
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

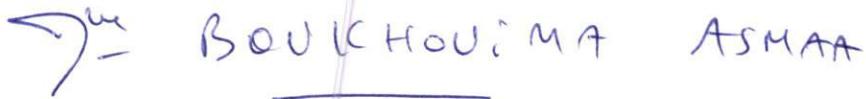
- * Diplômé de l'Université de Louvain à Bruxelles
- * Ancien Interne des Hôpitaux de France
- * Ancien Praticien en Belgique
- * Diplômé de Médecine et Traumatologie du Sport
- * Chirurgie Traumatologique et du Rhumatisme
- * Chirurgie de la Colonne Vertébrale
- * Chirurgie de la Main et Pied
- * Chirurgie Arthroscopique



الدكتور عبد الرحمن أبو شامة
اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

- * شهادة من جامعة لوفان ببروكسل
- * طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا
- * ممارس سابق ببلجيكا
- * دبلوم في الطب الرياضي والإصابات بفرنسا
- * الجراحة بالمنظار الداخلي للمفاصل
- * جراحة الكسور والروماتيزم
- * جراحة العمود الفقري
- * جراحة اليد والقدم

Casablanca, le : ١٥ / ٠٣ / ٢٠٢٢ الدار البيضاء، في :



Reçu sur Ton

Ref Eng -

✓ 29/01/2022



61, Boulevard Oued Darâa, Oulfa - Casablanca ، شارع واد درعة، الألفة - الدار البيضاء
الهاتف : 06 61 24 13 16 - المستجدلات : 05 22 27 48 01

CASA LE 29/03/2022

PHARMACIE DAKHLA
AV.NIL, Quartier Dakhla, n°180
YOUSSOUFIA
TEL : 0524648206
ICE : 002194841000085

Facture : N°173

Patient : BOUKHOUMA ASMAA

Code article	Code TVA	DESIGNATION	QTE	P.U.TTC	Montant TTC
E1092	20	Redresse Dos T2	1	390.00	390.00

Arrêtée la présente facture à la somme de **Trois Cent Quatre-vingt-dix Dirhams**

PHARMACIE DAKHLA
Dr. EL IDRISI Said
180-182, AV. DU NIL O. Dakhla
Youssoufia - Tél : 0524648206