

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6088** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZINE SPI DA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0661321693** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **H- ZINE SAIDA** Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

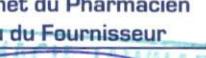
Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13 05 AV | C | 100 /dr. | 100 /dr. | مصادقة 2 بلوك (ب) (ج) دكتور سليمان العيسوي الطباطبائى |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|--|
|  PHARMACIE LAMENNAIS S. BOUTIBIB Dr. Pharmacie 2, Rue Lamennais France - Ville Tel: +212 52 55 34 - CASABLANCA | 13/04/22 |  397,20 |

***ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|  | 16.10.2022 | Rd Régime | F 180 CHF |

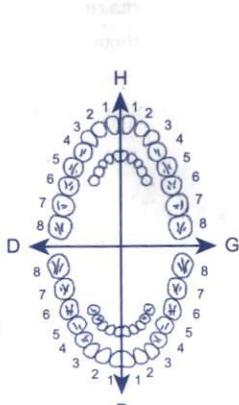
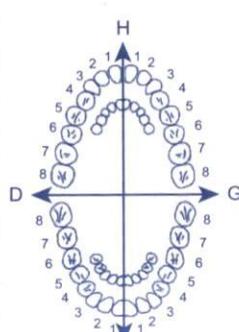
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|---|----------------------------------|-------------|--|
|  | | | | 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 PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H | 25533412 00000000 35533411 | G | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | 21433552 00000000 11433553 | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. OUALIM Abdel Hamid
 Ex.Médecin Militaire
 à Samara et Guercif
 Expert Assermenté Près les Tribunaux
 Spécialiste en Echographie
 MEDECINE GENERALE

الدكتور وليم عبد الحميد
 طبيب عسكري سابق بسمارة و جرسيف
 خبير محلل لدى المحاكم
 انتساب في الاكاديميا
 الطبع العام

Casablanca, le : 13/04/22 البيضاء في :

M. ZINE SAIDI

53.00

2PP 20/14

96.80

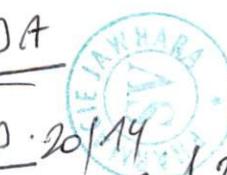
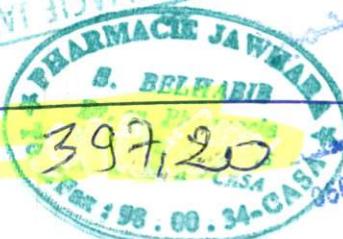
Axi my cas 19

49.80

Flagyl 300

2x98.80

14/4/11 Neo beta 160ml



13/21

HP

1

M

11/21

M

14/21

M

14/21

M

14/21

M

14/21

M

14/21

M

AXIMYCINE® 24 comprimés dispersibles

PPV 96DH80

LOT 180592
EXP 09/2023

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 02/2025
LOT 100434

PER. : 08/2022
LOT : 21EB22
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80

5 118000 060062

IPP®

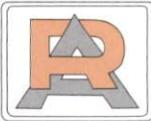
Omeprazole 20 mg
Boîte de 14 gélules
P.P.V : 50,00 DH



6 118000 190547

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 01/2025
LOT 100448



Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUDA Nadia

الدكتور بنسيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Date : 16/05/2022

Facture N° : 002205/2022

- Nom patient : **ZINE SAIDA**

- Examen(s) réalisé(s) : RX POUMON F/P
-
- Net à payer T.T.C : **400 DH**
- Arrêter la présente facture a la somme de :**QUATRE CENTS DH**

- Mode de règlement : TPE

L'adhérent :



Dr. OUALIM Abdel Hamid

Ex.Médecin Militaire
à Samara et Guercif

Expert Assérmenté Près les Tribunaux
Spécialiste en Echographie
MEDECINE GENERALE

الدكتور وليم عبد الحميد

طبيب عسكري سابق بسمارة و جرسيف

خبير ملحق لدى المحاكم

اختصاصي في الاکوکرافيا

الطب العام

Casablanca, le : 13/05/22 البيضاء في :

Mr. ZINE . Souid

Echographie pulmo
raa & prof.

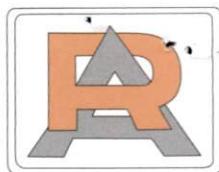


الدكتور وليم عبد الحميد

طبيب عسكري سابق

لি�ساسفة 2 بلوك (ب) رقم 341 الحي الجديدة

دار البيضاء المحمول 0558.14.62



**Ctre RADIOLOGIE
ABDELMOUMEN**

**مركز الفحص بالأشعة
عبد المؤمن**

Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUDA Nadia

الدكتور بنيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Médecin Traitant : DR OUALLIM ABDELHAMID.....

Nom du patient : ZINE SAIDA.....

Examen réalisé : RX.POLMONE/P..... Date : 16/05/2022.....

COMPTE RENDU

RESULTATS:

- Transparence normale des deux champs pulmonaires.
- Absence de foyer évolutif pleuro-parenchymateux systématisé.
- Silhouette cardio médiastinale normale.
- Les culs-de-sac costo-diaphragmatiques sont libres.

**Confraternellement
DR F. BENNISS**

