

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 et changement de statut : contact@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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

N° W21-762422

6324242

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11109

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JABBAR YOUNES

Date de naissance : 29-06-1973

Adresse : 7 Casablanca 6ème Etage 20000

Tél. : 0661571178 Total des frais engagés : 250 + 438 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR JAD

Date de consultation : 08/06/2022

Nom et prénom du malade : JABBAR YOUNES

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Amo

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 : Le 08/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
03 07 2022	(b)		2500 F	INP : 091025676 Docteur Ouaide B Pediatre 1 ^{re} Appt N ^o 26 Beldi Shaker 1 ^{re} étage 05 22 43 04 13 02 44 46

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE MAZOLA Mme BÉNAZZO N°51 Rue Al Mazola Hassani - Casablanca 0522 93 30 39	03/08/22	150 Casablanca 438,00

ANALYSES - RADIographies

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

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 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'ODD.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

		D 00000000 00000000 35533411 11433553 G
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire		
		MONTANTS DES SOINS 
		DATE DE L'EXECUTION 
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ouadie BENNANI

Pédiatre
Homeopathe

Maladies des Enfants et Nourrissons

Lauréat de la Faculté de Médecine de Tours

Ancien Pédiatre des Hôpitaux de France

Allergologie infantile et Asthme



الدكتور وديع بناني

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
والطب المثلي

خريج كلية الطب بتور - فرنسا

طبيب الأطفال سابقاً بمستشفيات - فرنسا

أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

Sur rendez-vous

Casablanca, le

03/08/2022

ME MAZOLA
ZOUZ Ibissam
4 Mazola
ani - Casablanca

PHARM

H2 100

522 93 36 89

JARBAR JAD

234.00

→



SYNTHEMEDIC
22 rue soukair bni al souqim roches
noires casablanca
INEXIUM

10 mg
Boite de 28
86/16 DMP/21/INNP P.P.V: 234,00 DH
6 118001 021550

115.00

① INEXIUM 10 mg

89.50

② RISIN MEL 10 mg

438.50

③ CERASYL
30 ml



Docteur Ouadie BENNANI
Pédiatre
Homeopathe

159, Bd Bourgogne, Appt N° 26, Résid. Shwan
Casablanca - Tel : 05 22 43 04 73
GSM : 06 61 42 44 46

15 شارع بورگون الشقة رقم 26 إقامة شوان. البريد الإلكتروني: 06 61 42 44 46

159, Bd de Bourgogne, Appt N° 26, Résid. Shwan Casablanca - Tel : 05 22 43 04 73 / GSM : 06 61 42 44 46

E-mail : bennaniouadie@gmail.com البريد الإلكتروني:

كيروجيل

D3

فيتامين D3
(كوليكسيفيرول)

قطرات للشرب



صحة العظام
المناعة

1 goutte = 200 UI

30 مل

Thérapharm
LABORATOIRES

Curogyl® D3



Lot : 220096
A consommer de
préférence avant le : 03/2025
PPC : 89,50 DH



Ingédients :

Aqua, Sucrose, Maltodextrin, Lipoferr®(Iron),
Xanthan gum, Flavor-Strawberry,
Sodium Benzoate, Potassium sorbate,
Vitamin B12 (Cyanocobalamin),
Vitamin B6 (Pyridoxine Hydrochloride)

Dosage recommandé 5 ml/jour

Fer	14 mg
Vitamin B6	0.7 mg
Vitamin B12	1.25 µg

LOT:213044
EXP:05/2023
PVC:115.00DH

Fabriqué par :

 **pharmalinea**
unique in private label

Cesta v Mestni log 88a
1000 Ljubljana
SI-European Union
Slovénie

Distribué par :

HEALTH INNOVATION
10 Rue Racine Val Fleuri, Maarif
Casablanca Maroc
contact@healthinnovation.ma
www.healthinnovation.ma
+212 522 23 22 51
ONSSA numéro : ES.5.349.16
N°Enregistrement au ministère de la santé:
DA2020191213SDMP / 20UCA VI

LIPOFER® is a trademark of The Lubrizol Corporation
or its affiliates.