

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	8758	Société :	MAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BEN SALEM
Nom & Prénom :		ELMAATI	
Date de naissance :		25 10 1918	
Adresse :		26 Rue Imam Al-Moulay Ali Ben Abdellah - Casablanca	
Tél. :		06 65 68 68 87	
Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Date de consultation :
22/01/2012	21/01/2012
Nom et prénom du malade :	
Mr BEN SALEM ELMAATI	
lien de parenté :	
Lui-même	
Nature de la maladie :	
Méningo-encéphalite	
Affection longue durée ou chronique :	
<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC	
Pathologie :	
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 : CASABLANCA Le : 21/01/2012

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
21/10/22	C	~	350	21/10/22 PHARMACIE VAL DE FONTENAY Centre Commercial AUCHAN N° 94 201 6916 EXECUTION DES ORDONNANCES Cachet du Pharmacien Tel. 01 48 75 60 77 Date 26/10/22 du Fournisseur Fax. 01 48 73 26 02 21/10/22 280,00 ICE: 001703342000085

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

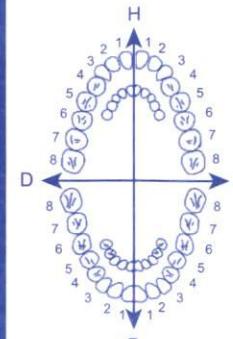
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

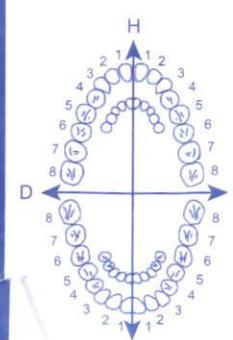
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX



DENTAL ARCH DIAGRAM: Shows the upper and lower dental arches with numbered teeth (1-8) and orientation axes (D, G, H, B).

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G	
	B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	



DENTAL ARCH DIAGRAM: Shows the upper and lower dental arches with numbered teeth (1-8) and orientation axes (D, G, H, B).

DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	COEFFICIENT DES TRAVAUX			



DENTAL ARCH DIAGRAM: Shows the upper and lower dental arches with numbered teeth (1-8) and orientation axes (D, G, H, B).

DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

XYLOCAINE VISQUEUSE
2 POUR CENT, gel oral
Chlorhydrate de lidocaïne
Gel oral

XYLOCAINE VISQUEUSE
2 POUR CENT, gel oral
Chlorhydrate de lidocaïne
Gel oral

XYLOCAINE VISQUEUSE
2 POUR CENT, gel oral
Chlorhydrate de lidocaïne
Gel oral

تمد المسفر

المسالك البولية
الكلية

تفتيت الحصى بالأشعة
الأمراض التناسلية و العقم
خريج كلية الطب بمونبولي
رئيس سابقًا لمصلحة جراحة الكلية
والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بمونبولي
عضو الجامعة الفرنسية لجراحة المسالك البولية

PHARMACIE VAL DE FONTENAY
Centre Commercial AUCHAN
N° 942016916
94120 FONTENAY SOUS BOIS
Tél. 01 48 75 60 77
Fax. 01 48 73 26 02
الدار البيضاء في :

Casablanca, le 21/10/2022

- Dr Ben-SALAH . ELAAAT

PC 03400931153766
SN 64017548527130
LOT CH391
EXP 08 2025

XYLOCAINE VISQUEUSE
2 POUR CENT, gel oral
Chlorhydrate de lidocaïne
Gel oral

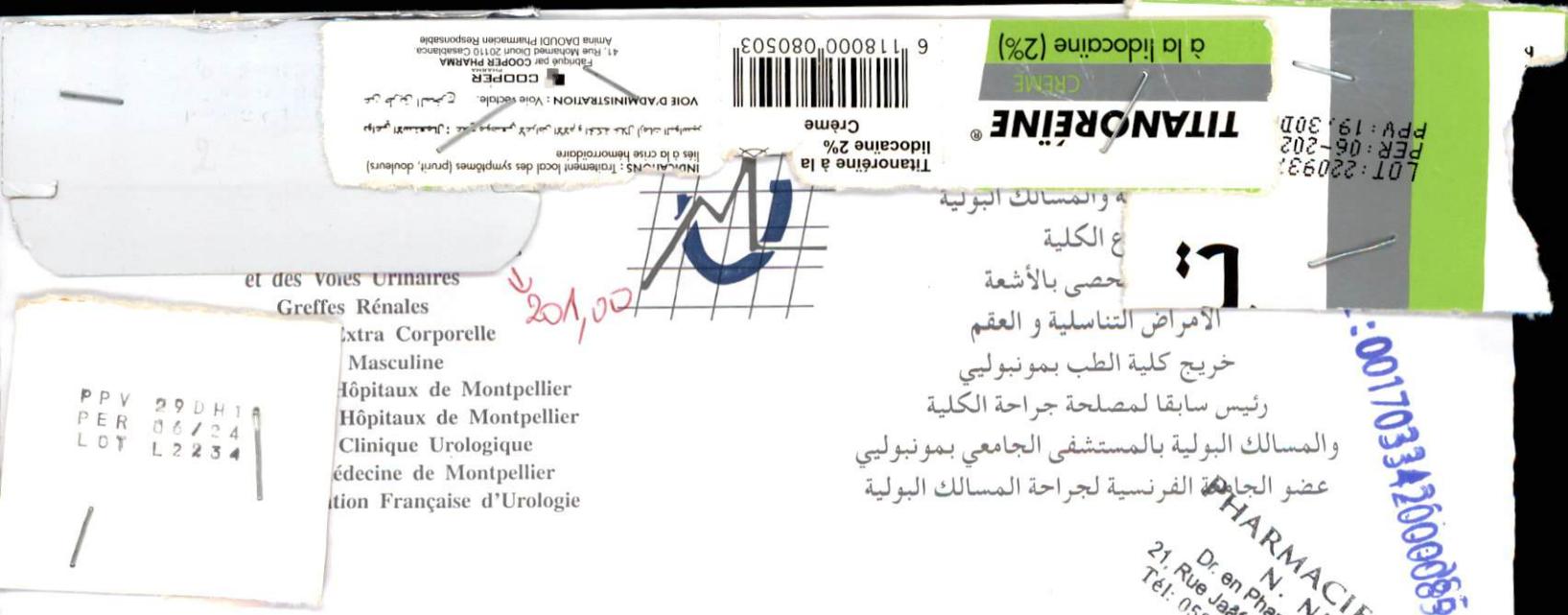
do hain Vf8 avec Sg 2
Pour cent , gel oral . (4 Boite)

YLERQ 1
Sg 2

Ag 5
Tél. 022 274117 / 05 22 20 64 83
24 Rue El Alloussi Bourgogne - Casab
Dr. Mohamed LEMSEFFER

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique BADR : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 23 80 / 81

24. زنقة العلوسي - بورگون (أمام مصحة بدر) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83 - الفاكس : 05 22 20 96 63
24, Rue El Alloussi - Bourgogne (en face Clinique BADR) - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83
Fax : 05 22 20 96 63 - E-mail : drlemseffer-uro@hotmail.com



6 118000 080503
 Titanequine à la
 lidocaine 2% Crème
 TITANOREINE®
 Crème
 2% lidocaine
 Lidocaine 2% Crème
 Titanequine à la lidocaine 2% Crème
 INGREDIENTS : Thiométhimol local des symptômes (prurit, douleurs)
 VOIE D'ADMINISTRATION : Vaginale
 COOPER PHARMA
 Fédération des Pharmaciens Responsables
 41, Rue Marignan - 75009 Paris - France
 Tél. : 01 42 60 00 00 - Fax : 01 42 60 00 01
 www.cooper-pharma.com

et des voies urinaires
 Greffes Rénale
 extra Corporelle
 Masculine
 Hôpitaux de Montpellier
 Hôpitaux de Montpellier
 Clinique Urologique
 édecine de Montpellier
 ion Française d'Urologie

201,00

P.P.V 29 DH 1
PER 06/24
LOT L2234

والمسالك البولية

ع الكلية

حصى بالأشعة

الأمراض التناسلية والعقم

خريج كلية الطب بمونبولي

رئيس سابقًا لمصلحة جراحة الكلية

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بمونبولي

عضو الجا~~حة~~ الفرنسية لجراحة المسالك البولية

HARMONIE IDEAL

N. NJIMA

Dr. en Pharmacie de Paris V

21, Rue Jaâfar Ibou Altia Bourgogne

Tél. 0522.20.14.86 Casablanca

Casablanca, le 21 Octo 2022 الدار البيضاء في :

ن^o Bensalah El Naati

29,10

Doliphen 400g
14,60

Doliprane
16,00

Ti Tamie
19,30

- Dafon 15
201,00

F. 280100

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

Pharmacie IDEAL

N. NJIMA

Dr. en Pharmacie de Paris V

21, Rue Jaâfar Ibou Altia Bourgogne

Tél.

Dr. LEMSEFFER
Cirurgien Urologue
24 Rue El Alloussi Bourgogne - CASA
Tel: 0522 27 41 17 / 0522 20 64 83

24. زنة العلوسي ببورن (أمام مصحة بدر) - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 20 96 63 - الفاكس: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

24, Rue El Alloussi - Bourgogne (en face Clinique BADR) - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

Fax : 05 22 20 96 63 - E-mail : drlemseffer-uro@hotmail.com



PC: 03400921804201
LOT: 227818D
EXP: 03 2025
SN: 775482185087



PYLERA®

140 mg/125 mg/125 mg,
gélule

Sous-citrate de bismuth potassique,
métronidazole, chlorhydrate
de tétracycline

PHARMACIE Val De Fontenay

DUPUIT - DROCOURT

Centre Cial Regional

VAL de FONTENAY

94120 FONTENAY SOUS BOIS

FRANCE

Tel: 0148756077

N° SIRET: 80374521500019

Code NAF: 4773Z - FR54803745215

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC
Patient: BEN-SALAH Elmaati				
Ordonnance 2669008				
3400921804201 PYLERA 140MG/125/125MG GELU	4	1	50,48	50,48
			120(2637132)	
	4	1	1,02	1,02
Honor. dispens. HD7				
3400931153764 XYLOCAINE 2% VISQ GELE OR100G(4	4	2,02	8,08
			2637133)	
Du(s): 2x				
	4	4	1,02	4,08
Honor. dispens. HD7				
	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDR				
			Total TTC	64,17
			A Payer	64,17

TOTAL A PAYER : 64,17 (420,93F)

Montant HT : 62,85

Code

TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	62,850	1,320	64,17

Espèces : 64,17

Le 26/10/2022 à 16h04 Op. : 8 C C

Montants exprimés en Euros

**ARTICLES NI REPRIS, NI ECHANGES
MERCI DE VOTRE VISITE ET A BIENTOT .**

Ticket 1261217/4968798 B525/0370-1

136/ /1/FACTURATION/TICKET/5/N/IN0g/QBNC
/2.14.1.3.R16-137/1



EXACOMPTA
PARIS



MIXTE
Papier issu de
sources responsables
FSC® C002321



EXACOMPTA
PARIS



MIXTE
Papier issu de
sources responsables
FSC® C002321