

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 canaux, 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 canaux.

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.

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° P19- 0049022

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3510 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 242470

Nom & Prénom : NOUBSIT Nohammed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666 2627 95 Total des frais engagés : 19,14 euro Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06.02.2022

Nom et prénom du malade : EL GNAOUI Fatima y Noubisit

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 : Casablanca Le : 26/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE STEINBERG 4 bd de la Chapelle 75018 Paris Tél. : 01 40 05 10 47 Fax : 01 40 05 98 95 madepaname@gmail.com	25/12/2022	19,14 €

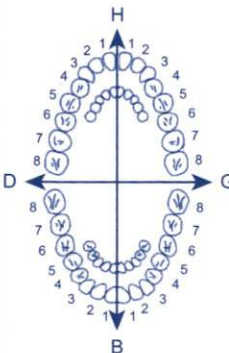
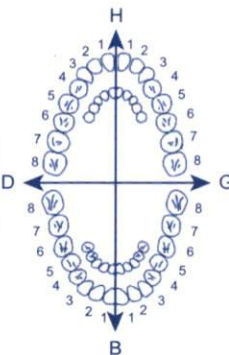
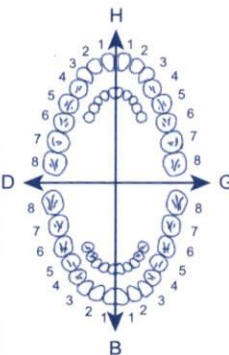
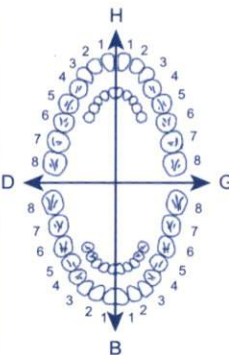
[illegible][illegible]

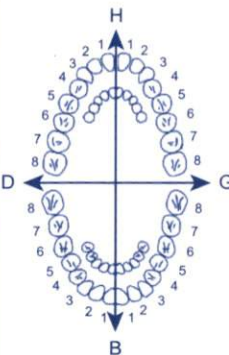
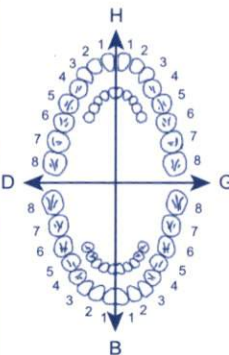
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

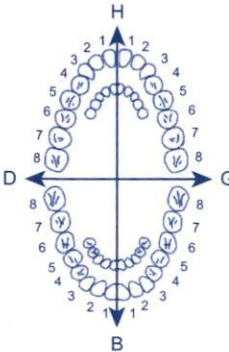
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

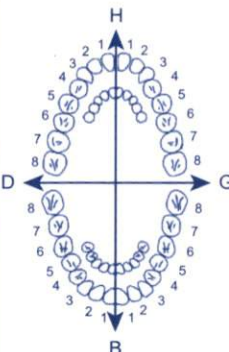
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez 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		
					CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>G</div></div><div><div>B</div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div></div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
			DATE DU DEVIS	<input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

03/12/2022 16:27

Docteur Mouna MENKOR
Spécialiste en Médecine Interne

Endocrinologie - Diabétologie
Rhumatologie - Maladies systémiques
Gériatrie
Check-up médical

- Ancien Médecin des Hôpitaux de Toulouse (France)
- Ancien Médecin à l'hôpital Ibn Rochd (Casablanca)
- Membre de la Société Marocaine de Médecine Interne
- Membre de la Société Française de Médecine Interne

PHARMACIE OULMES CASA

S.A.R.L. A. U. GHANDI et YACOUB

El Mansour - Casablanca

Tél: 0522 36 08 06

Casablanca, Le :

23/11/22

الدكتورة منى منقور
إختصاصية في الطب الباطني

علم القدد - داء السكري
أمراض الروماتيزم - الأمراض الجمعوية
أمراض الشيخوخة
رصد صحي شامل
بينة سابقا بالمستشفى الجامعي بتولوز (فرنسا)
بينة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)
عضو بالجمعية المغربية للطب الباطني
عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني

Aténolol
Teva 50 mg
comprimé
pelliculé sécable

PC: 0340093728682
SN: 1004981027752
EXP.: 06-2024
LOT: 2650622

PC: 03400930065570
SN: 25110760897
EXP: 03/2025
Lot: 601FTD

Mme EL GHANDI Fatima

Diabète 800 p
18.0013 - 1 - 0 qués pdt

Levaloxon 25 p
1 - 0 - 0 d 30 min
avant pdt 3 mb

37.00
Mobic 4
injection / 5 en IM pdt 3 J

119, Bd Abdelmoumen, 4^{ème} étage, Appt N° 27 - Casablanca
Tél.: 0522 27 95 24 / 06 08 47 82 05
Urgence: 0661 34 97 60 - E-mail: mounamenkor@hotmail.com

Zotrol / atenolol

Expéditeur : soufiane moubisit (moubisit.soufiane@gmail.com)

À : pharmaciestalingrad@yahoo.fr

Date : samedi 3 décembre 2022 à 16:26 UTC+1

Docteur Youssef ALLALI
Cardiologue interventionnel
Ancien cardiologue des hôpitaux de Paris
Diplôme des Universités de Paris en Cardiologie interventionnelle
Diplôme des Universités de Paris en écho-doppler Cardio-vasculaire



الدكتور يوسف علالي

أخصائي في العمليات التداخلية للقلب والشرايين

حائز على دبلوم قسطرة القلب وتوسيع الشرايين بجامعة باريس
حائز على دبلوم المسحور بالأشعة للقلب والشرايين بجامعة باريس

Casablanca le :

٩^{هـ} - EL GNAoui FATTIMA
(epave) Moubisit

Zotrol 50

1/2 cp x 26

traitement
renouvelable

6 mois

LA PHARMA DE PANAME
Valerie STEINBERG
4 bd de la Chapelle
75018 PARIS
FRANCE

Tel: 0140051047 Fax: 0140059895

lapharmadepaname@gmail.com

N° SIRET: 53349096700015

Code NAF: 4773Z - FR73533490967

Désignation	Code TVA	Qté	PU TTC	Montant TTC
-------------	-------------	-----	-----------	----------------

Patient: EL GNAOUI Fatima

Ordonnance 571387

3400937808439	4	1	10,20	10,20
ATENOLOL BIOG 50MG CPR SEC 90(653733)
	4	1	0,51	0,51

Honor. dispens. HDR

Total TTC 10,71

Ordonnance 571388

3400930065570	4	1	4,35	4,35
LEVOTHYROX 25µg Cpr séc Plq PV(653734)
	4	1	0,51	0,51

Honor. dispens. HDR

	4	1	3,57	3,57
--	---	---	------	------

Honor. dispens. HDE

Total TTC 8,43
A Payer 19,14

TOTAL A PAYER : 19,14

Montant HT : 18,75

Code

TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	18,747	0,393	19,14

Espèces : 19,14

Le 05/12/2022 à 14h15 Op. : 2 . M

Montants exprimés en Euros

Médiateur de la consommation DEVIGNY
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 379563/1167384

B525/0370-1

126/ /1/FACTURATION/TICKET/7/N/FEND/MBMI
/2.14.1.3.R13-121/1