

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

144936

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12404		Société : KAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : Benmami Rihita		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance :		Adresse : Bouskoura	
Tél. : 2236		Total des frais engagés : Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 29/11/2022			
Nom et prénom du malade : Rihita Benmami Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Sd grippal			
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 : Bouskoura

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 29/11/2022



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
29.11.2022		CPA 28512	300,00	INP DR. BENTOUZET Médecin chef de cabinet 1011487333 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 pharmacie aplaza <small>MOULAKHLA PHARMA</small> <small>09 97 06 66 74 74 02</small>	29.11.2022	387,50 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
COEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION				<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION				<input type="text"/>
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"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H $\begin{array}{r rr} 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array}$ G B
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



220205160241T.

29 novembre 2022

BENNANI RHITA

Hôpital Universitaire International
Dr. BERTUL AZIZ
101187354
Dr. Bertul Aziz, Service de casurgences

1/ DOCIVOX SPRAY

83,00 1 app x 3 / jour, 05 jours



22,20 2/ CODOLIPRANE

1 cp x 3 / jour, 05 jours



22,00 3/ AUGMENTIN 1 G SACHET

1 sachet x 3 / jour, 07 jours



15,30 4/ VITAMINE C

1cp x 2 / jour, 10 jours



40,00 5/ COTIPRED 20 MG COMPRIME SECABLE EFFERVESCENT

3cp / jour le matin, 03 jours

Hôpital Universitaire International
Dr. BERTUL AZIZ
Nador Casurgences
101187354



T = 382,50 DH

pharmacie
toplozo
MOULNAKHA PHARMA
Tél: 05 22 59 09 87 / 06 66 74 74 62



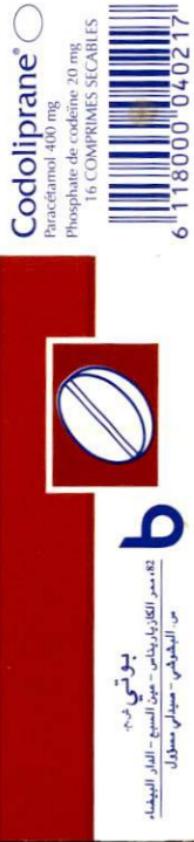
090063728

کودو لیبرا

®

فاصا
16 قرصا
قبل للكسر

باراسيتامول و كودين



بولي - شهري - 16 قرصا
من الأكواب - مدين - مدين - مدين
الدواء - مدين - مدين - مدين

COMPOSITION

Paracetamol

Phosphate de codéine 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES

INDICATIONS

Douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracetamol utilisé seul.

codoliprane

PARACETAMOL ET CODEINE

PPV: 22DH20

PER: 09/24

LOT: L2906

16 COMPRIMES
SECABLES

botti J.S.A.
B2 Allée des Casuarinas - Ain Schba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV: 40DH00

PER: 09/25

LOT: L3106

Cotipred®

prednisolone

(métasulfobenzoate sodique)

20 mg

métab.



**20 comprimés
effervescents
sécables**



bottu

82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
S.Bachouch - Pharmacien Responsable

AMCOG[®] NE ACIDE CLAVULIQUE

AUGMENTIN

1g / 125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 222,00 DH
LOT: 650130
PER: 07/24



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

DociVox®

Spray gorge

À base d'actifs naturels

LOT
DU : 220500
N° : 061/20025
DH



Calme l'irritation
et Soulage la douleur
de la Gorge

Flacon Pulvérisateur
avec embout directionnel

Sans alcool
Sans conservateurs



Deva

Laboratoires Pharmaceutique
J.OUAIDI Pharmacien Responsable

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

2200222183

N° : **28513 / 2022** du **29/11/2022**

Nom patient	BENNANI RHITA	Entrée	29/11/2022
	PAYANTS	Sortie	29/11/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
Total Clinique				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300.00

Service des Urgences P
Institut National Mohammed VI
Hôpital Universitaire



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس



220205160241T.

BENNANI RHITA

Admission du : mardi 29 novembre 2022

Ordonnance

(29/11/2022,29/11/2022) CONSULTATION _SO_ [DR. BERTUL AZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
29/11/2022	Consultation exclusive d'urgentiste	1	DR EL HAJJAM



090063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél.:+212529091111/+212529092222 Fax:+212529060977/+212529060979 www.hm6.ma