

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 : 0368L	Société : ALBESU	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : SU ALLAI RETTACTUI KHAHADA		
Date de naissance : 08/08/66		
Adresse : 8 LOTISSMENT MNS (MULFORM) CRIST		
Tél. : 06 61 06 53 95	Total des frais engagés : 722,22	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/12/2022

Nom et prénom du malade : Dr. ALLAI BENDELLOUN Age: 57

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Progrès de l'ostéoporose et de l'arthrose

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

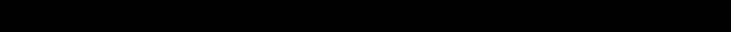
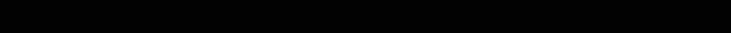
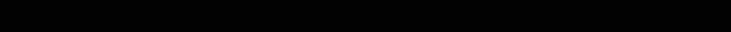
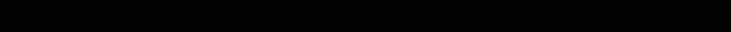
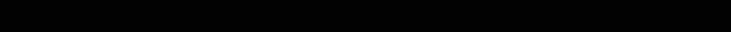
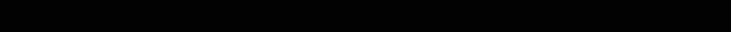
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le 24/10/2023

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
26-12-2022	Consult	Grat	Grat	 Dr. Amine Gynécologue et Endocrinologue 778 - Bvd Ouest - Ain Chock - Casablanca IMPEX tél: 06 61 56 53 00 0 912 57 377

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ANGLETERRE	26/12/22	729,20.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch, likely upper, with teeth numbered 1 through 8 on both the left and right sides. A central vertical line features a point labeled 'H' at the top. A horizontal line extends to the left, labeled 'D' at the end, and another extends to the right, labeled 'G' at the end. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on each side being the lowest and the central incisor being the highest.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Amine ABDELAOUI
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

- Lauréat de la Faculté de Médecine Paris Diderot - France.
- Diplômé de l'Université Paris Est Crétie - France.
- Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris - France.
- Ancien Chirurgien du CHU Mohammed VI de Marrakech.



الدكتور أمين عبدالاوي

- خبير في أمراض وجراحة العظام والمفاصل
- خريج كلية الطب بباريس ديدرو - فرنسا.
- بليوم من جامعة باريس ايست كريتاي - فرنسا.
- جراح سابق بمستشفيات باريس - فرنسا.
- جراح سابق بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش - المغرب.

**CABINET DE CONSULTATIONS
ORTHOPÉDIQUES ET TRAUMATOLOGIQUES**

Lot:
DLC:

F182H
07/2025

P.P.C : 183,00 DH

Casablanca Le :

26 DEC 2022

ORDONNANCE :

Mme NORA BENJELLOUN :

41,50

1/ CARTREX 100 mg (Comprimés) :
01 Cp x 02 / jour pdt 10 jours .

118,50

2/ IXOR 20 mg (Comprimés effervescent) :
01 Cp / jour pdt 10 jours .

183,00x3

3/ FLEX-TONIC (Comprimés) :
01 Cp / jour pdt 03 mois .

13,20

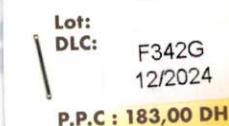
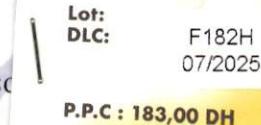
4/ CETAMYL 1000 mg (Comprimés) :
01 Cp toutes les 06 heures / jour .
En présence de douleur .

Continuer le VEGEBOM (Baume naturel) .

RDV de contrôle dans 10 jours .

722,20

المستعجلات : 06 61 56 53 00



778 - Boulevard El Qods - Résidence La Perle d'EL Qods - 3ème étage (avec ascenseur) - N° : 7

Lotissement Mandarona - Aïn Chock - Casablanca

778 - شارع القدس - إقامة لايريل ديل القدس - الطابق الثالث (بالمتصعد) - رقم : 7

حي منظرونا - عين الشق - الدار البيضاء

Tél : 05 22 21 61 41 - E-mail : amine.abdelaoui@gmail.com

amine.abdelaoui@gmail.com : 05 22 21 61 41 - البريد الإلكتروني :

كارطريكس ١٠٠ مل

UT.AV:

LOT : 220750

EXP : 05/2026

PPV : 41,50DH

LOT N°:

PPV (DH):

عن طريق الفم
٢٠ قرصاً ملمساً

كارطريكس + المحمّل = مصنوع



لا يستخدم من طرف النساء الحوامل خلال الشهور الثلاثة
الأخيرة من الحمل.
لا يستخدم خلال النصف الأول والثاني من الحمل، إلا في حالة
الضرورة المطلقة.

COOPER
PHARMA

جاري إنتاج

ixor®

®

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 01/2024
LOT 24029 2