

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.
- 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

- Reclamation : 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

Matricule : **0763**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL GANOUNI EL HASSAN

Date de naissance :

8.12.43

Adresse :

**13 R. Vanneau oasis
Casablanca**

Tél. :

Total des frais engagés : **Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Dr. Xavier MEON

Médecine Générale

**24, Lotissement EL ANSARI - Dar Bouazza
Casablanca • Tél. : 0522 96 10 87**

Date de consultation : **01.01.2023**

Nom et prénom du malade : **SCACY Khaddouj** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **HTA**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **HTA**

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 : **CAS** Le : **12/01/2023**

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
02/06/13	Collect		#110,00	Dr. Xavier MEON Médecine Générale
				24, Lottissement EL ANSARI - Dar Bouazza Casablanca - Tél : 0522 96 10 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HAMDOUSSAH Dr. Zaini Hafida 105 Ansar Ben Nasser 123 Dar Bouazza - Casablanca Tel: 0522.29.09.46 / VATSSAP: 06.00.73.33.76 ICE: 00103322000066 INPE: 092067214	02.10.23	1131.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
D. HAMDI Oncopratice Rue d'Azemmour Km 19 Immeuble Centre DAR BOUZZA Tél: 05.22.29.24.23	02 Nov 2013	131 - 500.000.000.000	300 DH

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 :

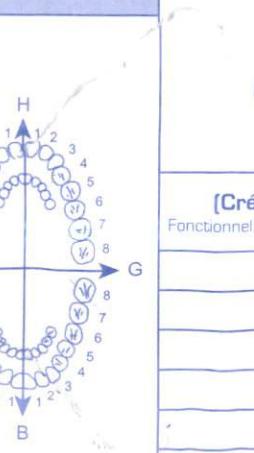
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIBLES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">B</td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Xavier MEON

Médecine générale

Diplômé de la faculté de médecine de Bordeaux



الدكتور بخافي ميون

طب عام

خريج كلية الطب ببوردو

Mme SCALLY ép EL
GANOUNI Khaddouj

Ordonnance

DASEN 10000UI :

1 cp 3 fois par jour pendant 7 jours

DOLIPRANE 1000mg :

1 cp 3 fois par jour

DULTAVAX, Suspension injectable : VACCIN

1 dose

BIPRETERAX ARGININE 10 MG / 2.5 MG, Comprimé pelliculé

1 cp par jour pendant 6 mois

CICLOVIRAL 5 %, Crème : 1 tube

ZOVIRAX 5 %, Crème dermique : 1 tube

METEOSPASMYL capsules molles : 1 capsule 3 fois a

ANTIBIO-SYNALAR, Goutte auriculaire : 1 flacon

3 gouttes 3 fois par jour pendant 10 jours

PHARMACIE EL HAMDOULLAH
Dr. Zaidat Haftida
Lot Ansari N°23 Dar Bouazza - Casablanca
Tél: 0522 26 09 46 / WHATSSAP: 06.00.73.33.76
ICE: 001033220000066
INPE: 092067214

24, Lottissement El Ansari. Dar Bouazza. Casablanca

Tél : 05 22 96 10 87 - E-mail : cabmed.darbouazza@gmail.com

IF : 37599555 - INPE : 091240218 - Patente : 32961156 - ICE : 002361402000064

19,40

PPV 14DH00
PER 06/26
LOT M1998

CASABLANCA, le :

02/10/2023

PPV:14DH00
PER:02/26
LOT:M554

159,50

159,50

159,50

159,50

159,50

159,50

159,50

CICLOVIRAL® 5%
Aciclovir
LOT:224723
EXP:10/25
PPV:59DH10

D6473 Région de Rabat
PPV: 45,00 DH

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. :40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Dicouri - Casablanca

6 ANTIBIO SYNALAR

Docteur Xavier

عزة. الدار البيضاء.

05

Dr Xavier MEON

Médecine générale

Diplômé de la faculté de médecine de Bordeaux



الدكتور كزافي ميون

طب عام

خريج كلية الطب ببوردو

**Mme SCALLY ép EL
GANOUNI Khaddouj**

Ordonnance

CASABLANCA, le :

01/10/2023

Merci de réaliser :

Radio 3 ème rayon main gauche

Traumatisme par écrasement

==> intégrité osseuse ?

Docteur Xavier MEON

Dr. Xavier MEON

Médecine Générale

24, Lottissement EL ANSARI - Dar Bouazza
Casablanca - Tél : 0522 96 10 87

Dr Hamza BENJABBOUR

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ex. Médecin à l'hôpital El Hassani
et au service des urgences

الدكتور حمزة بنجبور

خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طبيب سابق بمستشفى الحسني
وقسم المستعجلات بالألفة

الطبيب العام

الفحص بالصدى - تخطيط القلب
التصوير الرقمي بالأشعة



Médecine Générale
Echographie - ECG
Radiographie Numérique

Dr. Hamza BENJABBOUR
Omnibratricie
Casablanca, le 08/10/2013
Rte. d'Azemmour Km 19 Immeuble "C"
Centre DAR BOUAZZA
Tel: 05.22.29.24.23

~~Khadidja
Dr. Hamza BENJABBOUR
Omnibratricie
Rte. d'Azemmour Km 19 Immeuble "C"
Centre DAR BOUAZZA
Tél: 05.22.29.24.23~~

Résumé et -

FR Communauté de la Plongée de 23

Fracture.

Dr. Hamza BENJABBOUR
Omnibratricie
Rte. d'Azemmour Km 19 Immeuble "C"
Centre DAR BOUAZZA
Tel: 05.22.29.24.23

ORDONNANCE

Crn , Le: 02/10/2023

Elouamnia Khaddour

Facture:

Les Romorines de Radio 3^{eme} rayon

Main gauche \rightarrow $\frac{F}{P} = 3000 DT$

