

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

M23-003502

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2525 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZOURNE A.B del Krim Date de naissance : 15/06/1948

Adresse : 27 RUE IBNOU GOKARTAN Apt M-2

1^{er} étage N°AARIF COCA

Tél. : 06 58 90 33 71 Total des frais engagés : 1.226,00 Dhs

06 41 69 64 68

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/01/2019

Nom et prénom du malade : Zourne Ahdelkrim Age : 75

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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.

<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Frère / Soeur
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Copain / Copine	<input type="checkbox"/> Ami
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Copain / Copine
<input type="checkbox"/> Colleague	<input type="checkbox"/> Parent
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Colleague
<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Parent

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
20/03/2023	es	/	350 / w	Dr Abdellah Haddad Né le 10/01/1971 au Maroc Résident au Maroc. RDC : Casablanca Téléphone : 05 22 48 35 79

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES MAUSOLEES M. SIELMASSI Bouchra 10, Rue Mausoleé Q. Hôpitaux Casa - Tel: 05 22 86 28 99	02/11/23	876,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

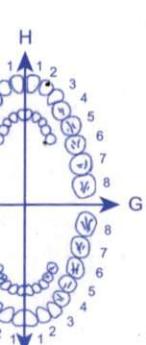
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <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 COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عبد الحفيظ سديكي

Dr. Abdellatif SEDDIKI

NEUROCHIRURGIEN

Maladies et Chirurgie du Cerveau Crâne,
Colonne vertébrale (Enfant et Adulte)

Ex. Neurochirurgien Attaché
à l'Hôpital des Spécialités de Rabat
Ancien Interne des Hôpitaux de France

Electro-encephalographie



لجمحة،

العمود الفقري (البالغ)

طبيب ملحق سابق بمستشفى

الاختصاصات بالرباط

طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا

التخطيط الكهربائي للدماغ

Casablanca, le: 02/11/93 الدار البيضاء، في:

Dr Zouine Abdellatif

801,-

15

Mdep

749 / X / 1

167,40 x 2 - 334,80

15

Nedifazin 500

500 mg / 60 g

113,50 x 3 = 340,50

15

Nedifazin 200

200 mg / 60 g

T = 876,30

PHARMACIE DES MAUSOLEES
Dr. SUELMASSI Bouchra

30, Rue Al Karam II, Hôpitaux
Casa - Tel: 05 22 86 28 99

Dr Abdellatif Seddiqi
Neurochirurgien

Rue Al Karam II, RDC, Casablanca
Tel: 05 22 48 38 79

PHARMACIE DES MAUSOLEES
Dr. SUELMASSI Bouchra
30, Rue Al Karam II, Hôpitaux
Casa - Tel: 05 22 86 28 99

PHARMACIE DES MAUSOLEES
Dr. SUELMASSI Bouchra
30, Rue Al Karam II, Hôpitaux
Casa - Tel: 05 22 86 28 99

gitter.
seiter.

حي المستشفيات اقامة الكرم II, 3 زنقة كالافون شقة 4, الطابق السفلي، الدار البيضاء - الهاتف: 79

Quartier des hôpitaux, Rés. Al Karam II, 3 rue Calavon, Apt 4 (RDC), Casablanca - Tél.: 05 22 48 38 79

NO-DEP® 50mg

60 cps pelliculés sécables



6 118000 050995

DEP® 50mg
Sertraline

**60 Comprimés pelliculés
sécables**

LOT : 450

PER : JUN 2025

PPV : 201 DH 00

CiplaMaroc

مِيدِيزَابِين® 2,5 مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN® 2,5 mg
30 comprimés



30 قرصاً ملباً

LOT : 066
PER : JAN 2026
PPV : 113 DH 50

CiplaMaroc

مِيدِيزَابِين® 2,5 مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN® 2,5 mg
30 comprimés



30 قرصاً ملباً

LOT : 066
PER : JAN 2026
PPV : 113 DH 50

CiplaMaroc

مِيدِيزَابِين® 2,5 مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN® 2,5 mg
30 comprimés



30 قرصاً ملباً

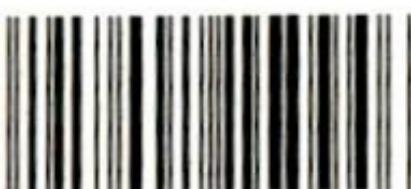
LOT : 066
PER : JAN 2026
PPV : 113 DH 50

CiplaMaroc

ميديزابين® ٥ مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN® 5 mg
30 comprimés



6 118001 150946

30 قرصاً ملباً

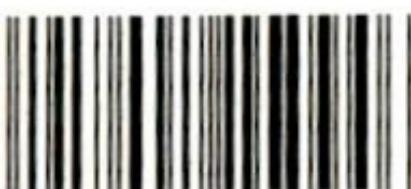
LOT : 055
PER : AUT 2025
PPV : 167 DH 40

CiplaMaroc

ميديزابين® ٥ مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN® 5 mg
30 comprimés



6 118001 150946

30 قرصاً ملباً

LOT : 055
PER : AUT 2025
PPV : 167 DH 40

CiplaMaroc

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : *Zainab Abdellah*

Matricule : *2525* N° CIN :

Adresse : *27 Rue IBNOUSS KOTRAN AL KHARAJI FAKIR 2*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr Abdelhafid Seddiki Spécialité :

N° ICE : *2 Rue Addi El Haraki Quartier des Hopitaux Casablanca* N° INPE :

Certifie que Mme, Mme, M. : *Zainab Abdellah*

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Cadopatthe hyperactive, DVT, Athescherbe hyperpigmentaire Gack, dépression clinique -

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

of n orade -

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *15/05/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr Abdelhafid Seddiki
Neurochirurgien
3 Rue Addi El Haraki Quartier des Hopitaux
Casablanca

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées