

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-517912

202903

SN  
BVS

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <b>144677</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>EL HILY ASSA</b>
Nom & Prénom : <b>EL HILY ASSA</b>			
Date de naissance : <b>03.04.76</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>066005878</b>		Total des frais engagés : <b>1329.10</b> Dhs	

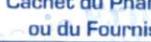
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
<b>IN QUE LES PAPILLONS</b>			
Equipe RFA NEO-NAT			
Dr. AMAR - Dr. MSAYIF			
Dr. NEJJARI			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>02/01/24</b>			
Nom et prénom du malade : <b>BS EL HALOU</b>			
Age : <b>CELIA</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Ant d'une cérémone</b>			
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 :** **CPGM** **Le :** **02/01/2024**  
**Signature de l'adhérent(e) :** **02/01/2024**



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22-11-24	629.10
INPE : 092026665		

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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'ODDF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a 3D coordinate system centered at the origin. The vertical axis is labeled 'H' at the top. The horizontal axis pointing left is labeled 'D'. The horizontal axis pointing right is labeled 'G'. The depth axis pointing away from the viewer is labeled 'B' at the bottom. A grid of points is plotted in a spiral pattern, showing the relationship between the three dimensions.

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Khalid AMAR**  
**Pédiatre**

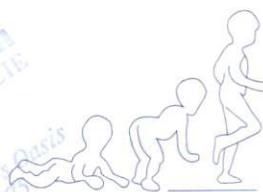
**Spécialiste de l'Asthme  
et des maladies allergiques  
de l'enfant**

**الدكتور خالد عمار**

اختصاصي في أمراض الطفل  
أمراض الحساسية عند الطفل  
مرض الربو (الضيق)

Casablanca le : 02.01.24

الدار البيضاء في



Nom: EL HLOU CELIA

26.40

POIDS: 3020 g

TAILLE: 68

PC: 33.5

**1) TOBREX® collyre fl / 5ml(0.3%): gte**

1 gtte 4 fois par jour 5 jours.

**2) SOINS DE L'OMBILIC :**

89.70 Septi spirit Spray + EOSINE 2%: après chaque change.  
107.00

**3) PHYSIOMER® SPRAY NASAL :**

Lavage des narines avant chaque tétée.

**4) KONAKION 2MG® SOL BUV BTE : 5 AMP :**

1 ampoule à boire 1 fois par semaine pendant 4 semaines.

• T° de la chambre 18-20°C.

• Bains quotidiens.

45.70 • Alcool glycérine sur les mamelons après les tétées.

**5) ABCDERM change intensif**

1 application après chaque change

6) lait 3 94.00 Finance Pait 1er age

629.10



PPC: 30.00 DH

LOT: 3010946

EXP: 06/2026

LOT: 02060926

EXP: 09/2026

**PPC: 89.70**



214001 015001

TOBREX® 0,3 %  
Collyre, flacon de 5 ml  
AMM N° 30 DMP/21/NCI



6 118000 020017

**TOBREX® 0,3 %**  
**COLLYRE EN SOLUTION**  
**Tobramycine**  
**Fiacon de 5 ml**

GTIN

(01)04260095681805

EXP

01 2026

Lot

F3140F01

MFD

01 2023

SN

2MXRE3W67VXCCP9



BOTTU SA  
PPV : 124 DH 00



IMPORTER & DISTRIBUTOR:



S.I.C.

Bldg n°56 - Street  
Maadi - Cairo - E  
Registration n°935/.

العنوان  
استيراد شركة ستار للتجارة الدولية

BOTTU SA

PPC : 107 DH 00



3 564300 031234

LOT



10012201



2023-04

2026-03

CETU2036  
CT21818B

**CLINIQUE LES PAPILLONS****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 04/01/2024

**Références**

0 / PAYANT

Entrée / Sortie : 02/01/2024 - 04/01/2024

**Le Dr. AMAR KHALID**

présente à Mme AIT IKKOU FATIMA EP EL HLOU

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
700.00 Dhs SEPT CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

*Cachet et signature*