

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.

N° W19-540927

ND: 32001

| | | | |
|---|---|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 19617 | Société : | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : MIKLAFF NISRINE | | | |
| Date de naissance : | 01/03/1988 | | |
| Adresse : | RES CASA VIEWI GH R IMM 19 RDC APPT 82 NASSIM 2 CASABLANCA | | |
| Tél. : | 0663084084 | Total des frais engagés : | Dhs |

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| | | | |
| Date de consultation : | 30/03/2020 | Age : | 55 |
| Nom et prénom du malade : MIKLAFF NISRINE | | | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Affection gynécologique | | | |
| 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/06/2020

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30.03.2010 C2 | | | 3.00 Dhs | INP : 0910930473 Dr Ghali LEBBAR Gynécologie Obstétrique 38 Bd Bir Anzarane Maârif - Casablanca Tél : 0522 25 35 31 / 39 |
| 22.05.2010 C2 | | | 3.00 Dhs | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 30/03/2023 | Montant : 459,00 Dhs |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVÉ 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 | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|------------------|-------------|--|--|---|---|-------|--|---|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------|--|------------------------------------|
| | | | | 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> </table> | | | | H | | D | G | <hr/> | | B | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | <hr/> | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |

GYNÉCOLOGUE • OBSTÉTRICIEN

Diplômé des facultés de médecine de Paris et Amiens

Chirurgie conventionnelle et cœlioscopique

Cœlioscopie • Hysteroscopie • Maladies des seins

STÉRILITÉ DU COUPLE

Inséminations • Fécondation In-Vitro - ICSI

الدكتور محمد الغالي للبار

إخلاصي في أمراض النساء والتوليد

خريج كلية الطب بباريس وأميان (فرنسا)

• جراحة الجهاز التناسلي والجراحة بالمنظار

أمراض التدبي

أمراض العقم • المساعدة الطبية للإنجاب

Casablanca le 30/05/2005

Mrs MIKLAUD Nidrine

17000x2



1) INNOFOLIC Combi

1 pte Matin (05 Mai.)

Pharmacie AL MAWLIL
Angle Rue Ibnou Katib
et Abou Hassan Sughir
Dorif Extention Tousi Tel 23.17.64

x)

OVOCYPLUS



11900

PREGNACARE AVANT CONCEPTION

45910

1 pte Matin (05 Mai.)

1 pte Matin (05 Mai.)

5)

GESTEL 400.

(vo. Voie Vaginale)

1 - 0 - 1

Jus à Jus (05 Mai.)

العيادة: إقامة النور، شارع بشرانزاران • الدار البيضاء

Cabinet: Rés. Ennour - 38 Bd. Biranzarane - Maârif

5ème étage (Au dessus Laiterie Yazami) • Casablanca

Tél.: 05 22 25 35 31 / 39 • الهاتف: 05 22 25 35 39

fax: 05 22 25 35 31 • الفاكس: 05 22 25 35 39

Gsm: 06 61 38 49 58 • المحمول: 001687653000089

Dr Ghali LEBBAR

Gynécologue • Obstétricien

38 Bd Bir Anzarane • Casablanca

Tel: 05 22 25 35 31 / 39

En cas d'urgence

في حالة استعجال

+) FÉMARA (ou LETROZOLE)
CPK,5mg

?

1p Matin et Soir JX à J6

(RDV. Jaa - Jaa)

)
Dr Ghali EBBAR
Gynécologue Chirurgien
38 Bd Bir Anzarane - Casablanca
Tel. 0522 25 35 31 / 39

Docteur Mohamed El Ghali LEBBAR

GYNÉCOLOGUE • OBSTÉTRICIEN

30 - 03 - 2020

Madame MIKLASS NISRINE

Le Docteur **LEBBAR** à l'honneur de vous
adresser la note de ses honoraires s'élevant
à trois cent Dirhams (300.00)
pour consultation
Cgj

et vous prie d'agréer ses salutations distinguées

Dr Ghali LEBBAR

Gynécologie Obstétrique

38 Bd Bir Anzarane Maârif -Casablanca

Tel : 0522 25 35 31 / 00

Docteur Mohamed El Ghali LEBBAR

GYNÉCOLOGUE • OBSTÉTRICIEN

22-05-2020

Madame MIKLASS NISRINE

Le Docteur **LEBBAR** à l'honneur de vous
adresser la note de ses honoraires s'élevant
à trois Cent Dirhams (300.00)
pour Consultation
(c.)

et vous prie d'agréer ses salutations distinguées



INOFOLIC® Combi

MYO-INOSITOL, D-CHIRO-INOSITOL
et ACIDE FOLIQUE

Brevet N° : 35043

INOFOLIC® Combi à base de Myo-inositol, D-chiro-inositol et d'acide folique est utilisé pour apporter une quantité supplémentaire de ces nutriments suite à une diminution des apports par un régime ou une augmentation des besoins.

CONSEILS D'UTILISATION : 1 capsule par jour est la dose recommandée.

INGRÉDIENTS : Myo-inositol; huile de soja; gélatine consommable; agent de résistance : glycerol; émulsifiants: lécithine de soja, esters polyglycériques d'acides gras; triglycéride à chaîne moyenne; épaisseur: mono et diglycérides d'acides gras; D-chiro-inositol; agent colorant : E172; acide folique (acide ptéroylmonoglutamique).

| Informations nutritionnelles | Pour 1 capsule | AJR % pour 1 capsule |
|------------------------------|----------------|----------------------|
| Myo-inositol | 550 mg | - |
| D-chiro-inositol | 13.8 mg | - |
| Acide folique | 200 µg | 100 |

AJR: Apport Journalier recommandé

Fabriquant :
NutriLinea SRL -
Via Gran Bretagna 1,
CAP 21013 Gallarate (VA)


ALTHÉA
76, Allée des Casuarinas
Ain Sebaâ - 20580
Casablanca

PPC : 170 , 00 Dhs

COMPLÉMENT ALIMENTAIRE:**Boîte de 30 CP**

Les compléments alimentaires ne doivent pas se substituer à une alimentation variée et équilibrée et à un mode de vie sain.

Conseil avec autres compléments alimentaires: demandez à votre professionnel de santé avant utilisation si vous êtes sous surveillance médicale ou souffrez d'allergies alimentaires.

Gombe en cas d'allergies: Pour les allergies, voir les ingrédients et l'apport sur le carton. Manger Bio, de la supplémentation pour grossesse au Royaume-Uni.

Ce produit contient du fer, dont l'excès peut être nocif pour les jeunes enfants.

Conserver en dessous de 25°C dans un endroit sec, hors de vue et de portée des enfants.

N° autorisation sanitaire OHSSA: ES 732/16



en régime ou une augmentation des besoins.

CONSEILS D'UTILISATION : 1 capsule par jour est la dose recommandée.

INGRÉDIENTS : Myo-inositol; huile de soja; gélatine consommable; agent de résistance : glycerol; émulsifiants: lécithine de soja, esters polyglycériques d'acides gras; triglycéride à chaîne moyenne; épaisseur: mono et diglycérides d'acides gras; D-chiro-inositol; agent colorant : E172; acide folique (acide ptéroylmonoglutamique).

| Informations nutritionnelles | Pour 1 capsule | AJR % pour 1 capsule |
|------------------------------|----------------|----------------------|
| Myo-inositol | 550 mg | - |
| D-chiro-inositol | 13.8 mg | - |
| Acide folique | 200 µg | 100 |

AJR: Apport Journalier recommandé

Fabriquant :
Nutrilinea SRL -
Via Gran Bretagna 1,
CAP 21013 Gallarate (VA)


ALTHEA
76, Allée des Casuarinas
Ain Sébaâ - 20580
Casablanca

PPC : 170,00 Dhs