

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° W19-553495

ND: 35674

Optique

Au

Maladie

Dentaire

Cadre réservé au malade(e)

Matricule : **020535**

Société :

Actif

Pensionnée

Autre :

Nom & Prénom : **El Bazi**

Salib

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Docteur Alain GUIDON
6, Rue Jean Jaurès
CASABLANCA
Tél 05 22 26 71 53

Cachet du médecin :

Date de consultation :

28/07/2020

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Plégymalie

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

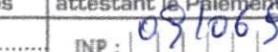
Fait à :

Le : **29/07/20**

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
28/09/16	C		280	INP : 081065468  Docteur Alain GUIDON 6, Rue Jean Jaurès CASABLANCA Tel 05 22 20 71 53

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28-07-2023	303,70
	INPE:092053487	39,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram shows a 3D grid structure with 12 layers. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis to the left is labeled 'D', and the diagonal axis to the right is labeled 'B'. The grid is composed of small circles arranged in a repeating pattern of 4x4 squares. The layers are numbered from 1 to 12, with 1 at the top and 12 at the bottom. The layers are arranged in a zigzag pattern: 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

الدكتور ألن كيدون
خريج كلية الطب
الطب العام

RHINATHIOL 5% AD
SIROP FL 200 ML
P.P.V : 39DH20
LOT : SHMA061
PER.31/2022
6 118000 061403

CASABLANCA

Tél. { Cabinet : 05 22 26 71 53
Domicile : 05 22 36 09 65

6, زنقة جان جوريس - الدار البيضاء
الهاتف { المكتب : 05 22 26 71 53
المنزل : 05 22 36 09 65

El Bergi Seïd
28.07.2026

205,00 Casablanca, le

الدار البيضاء في

1. Tavanic (7)

58,40 1 comprimé

2. Solupred 20

40,30 2 comprimé

Strepsil 100

Strep
citron
sans SUCRE

PPV : 40 DH 30

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaït Casablanca
Tavanic 500mg, cp de 7
P.P.V : 205,00 DH

6 118001 080830



7 film-coated scored tablets
7 comprimés pelliculés sécables

TAVANIC® 500 mg

= 303,70

Docteur Alain GUIDE
6, Rue Jules Joffre
CASABLANCA
Tél : 06 22 28 71 53

58,40

Solupred® 20mg



ن، المكنون



PHARMACIE SID EL KHADIR

1367, Rue My Bouchaib Derb Jamila

Docteur en pharmacie
UCL
BELGIQUE

R.C :209632 Patente:35005980
T.V.A : C.N.S.S:2022094
Banque:BP 2121111920430001
Tél :0522.91.30.46

Le 04/08/2020

FACTURE N°1083985

N° ICE : 001680945000009

N° IF :

EL BAZI SAID

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	RHINATHIOL SIROP 200ML AD	39,20	39,20	2,56	7,00



TOTAL T.T.C :

39,20

Nbr Articles	TVA 7% Base :	39,20	Montant :	2,56	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Trente Neuf Dirhams et 20 centimes.