

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° W21-798877

160507

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

863

Société :

RAM

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Neuve

Nom & Prénom :

LAM Agotri Lalla Zouera

Date de naissance :

1942

Adresse :

44, Rue de MHDIA App 05 Hay SALAM

CP80

Tél. :

0668 16 79 75

Total des frais engagés : 2181,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

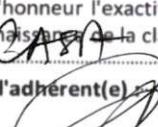
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 04/07/2023

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. SENHAJI ABDELHAMID 98-100, Rue Sultaine LOUCEI KHALI Hay Mohammadi - CASABLANCA Tél: 0522.62.38.14	04/05/23	2 181,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

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"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">11433553</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	00000000	00000000	B	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	21433552															
25533412	00000000															
D	00000000															
00000000	00000000															
B	35533411															
11433553																
	<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



PHARMACIE SENHAJA HEALTH

Abdelhamid SENHAJI - Docteur en Pharmacie

Casablanca Le : 04/05/2023

Client(e) : LAMDAGHRI LALLA ZAHRA

FACTURE N° : 10034

Qte	Désignation	PPV / Unité	Total Brût
3	XARELTO 20 MG BT 28 CPS	629,00	1 887,00
3	COSYREL 5/5 MG BT 30 CPS	98,10	294,30
6	TOTAL NET		2 181,30

Taux	HT	TVA	TTC
0%	2 181,30	0,00	2 181,30
	2 181,30	0,00	2 181,30

Arrêté la Présente Facture à la Somme de :

DEUX MILLE CENT QUATRE-VINGT-UN DIRHAMS ET TRENTÉ CTS.

Pharmacie SENHAJA HEALTH
Dr. SENHAJI ABDELMHAMID
98-100, Rue Capitaine LOUBEL KHALILI
Hay Mohammedia - CASABLANCA
Tél: 0522.62.38.14

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V. : 629,00 DH
Bayer S.A.
Barcode: 6 118001 090808

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V. : 629,00 DH
Bayer S.A.
Barcode: 6 118001 090808

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps
P.P.V. : 629,00 DH
Bayer S.A.
Barcode: 6 118001 090808

14011057
Barcode: 6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011057
Barcode: 6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : Landaghri Lalla Zohra

Matricule : 867 **N° CIN :** B 24 71 32

Adresse : 114 Rue de Melchior Appart 03 Hay Salam

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr. Ichraq NASSIRI Spécialité :

N° ICE : 249 Rés. El Mansour 1er Etg. App. N° 1 **N° INPE :** INPE : 091200386

Certifie que Mlle, Mme, M. : Landaghri Lalla Zohra

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 :

AGFA perméate - Ob libâti - HIV .

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Xarelto 20 mg + Sator 5 mg + Ciprel 500.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : 105 le 1/03/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Ichraq NASSIRI
Cardiologue
249, Rés. El Mansour, 1er Etg. App. N° 1
Bd. Yaacoub El Mansour - Casablanca
Tél : 05 22 39 76 70

*Cette déclaration est renouvelable une fois

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



- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Médecin Attaché à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
- Ancien Médecin interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca
Bordeaux - Liège Belgique
- Diplômée en Echo doppler de l'université Bordeaux II
- Diplômé en Exploration de système nerveux autonome Rabat

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة مستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الإستشاري ابن رشد الدار البيضاء
- بودو فرنسا / لينج بلجيكا
- حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدى من جامعة بودو بفرنسا
- حاصلة على شهادة فحص الجهاز العصبي الالادي من جامعة ابن سينا بالرباط

Casablanca le : 13/03/2023

Dr. Hamdaghi Laâziz

1) Régime peu salé
629,00 x 3

2) Xarello 20 - 1 - 0 - 0 - 0

3) 98,90 x 3
Cosyrel 5,15 - 1 - 0 - 0 - 0

4) 114,10 x 2
111,80
Bester 5 1/2 - 0 - 2 - 1 - 0 - 1/2

S.V

S.V

S.V

jet de 1000

1 = 2521,30

Pharmacie SENHAJA HEALTH
Dr. SENHAJI ABDELHAMID
98-100, Rue Capitaine LOUBEI KHALIL
Hay Mohammadi - CASABLANCA
Tél : 0522.62.38.14

Dr. Ichraq NASSIRI
Cardiologue
249, Rés. El Mansour, 1er étage Appt N°1
Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél : 05 22 39 76 70
E-mail : Ichraqnassiri1@gmail.com

عدم توقيف الوصمة حتى الموعد العقبلي

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous

249، بقامة المنصور الطابق الأول، رقم 1 شارع اليعقوب المنصور - الدار البيضاء
249, Résidence El Mansour, 1er étage Appt N°1 Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél : 05 22 39 76 70 - 06 69 16 79 04 - E-mail : Ichraqnassiri1@gmail.com