

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.

Prise en charge : Médecin : Dentiste : Opticien :
 Adhésion et changement de statut : E-mail : Adresse :
 Membre : Famille : Amis :
 Prise en charge : Adhésion et changement de statut : E-mail : Adresse :

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard de leur vie privée et de leur intégrité personnelle.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M23-002496

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1776 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZOUAGGARI

RADIA

Abuu 22

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 20 03 84 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Fax: 05 22 66 66 49 03
Tél: 05 22 23 38 35 / 36 - 05 22 99 49 97
Professeur de Radiologie - Hématologue
Dr. HACHIM KHAOUI
AUGUSTE BLAIS 9 AVENUE RUE MANSARO

Date de consultation : 23/07/2023

Nom et prénom du malade : Zouaggari Radia Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



BOUZAACHANE

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
29/11/2023	C	2	Dr 100	<p style="text-align: right;">DOCTEUR HACHIM KHALED</p> <p style="text-align: right;">Professeur de Neurologie - Hemodisease</p> <p style="text-align: right;">Angélique Bd. 9 Avril El Maadid</p> <p style="text-align: right;">Tél: 05 22 23 23 35/26 - 05 22 23 35/22</p> <p style="text-align: right;">Fax: 05 22 23 99 49 93</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

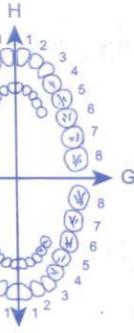
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la n°

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									
				Montants des soins									
				Début d'exécution									
				Fin d'exécution									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux									
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</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> </table>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	Montants des soins
H	G												
25533412 00000000	21433552 00000000												
D	B												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Chenal, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis Date de l'exécution									

RTAN

LOT : M0643
EXP : 05/2025
PPV : 60,00 DH

COSTAL® 10 mg

Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés



PPV : 57,80 DH

6 118001 040773

TRAJENTA 5 mg
(Lingliptine)

BOTTU S.A. PPV : 374 DH 00
10010704/01

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

PER : 09/2024
LOT : 22E009
P.P.V : 300 DH 70

6 118000 061847

PPV 14 DH 60
PER 01/26
LOT M360
14,60

PPV 14 DH 60
PER 01/26
LOT M360
14,60

PPV 14 DH 60
PER 01/26
LOT M360
14,60

مركز الملكية الأصطناعية ابن سينا

Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Khadija HACHIM

Professeur en Néphrologie - Hémodialyse

Ex Enseignante à la Faculté
de Médecine Casablanca

INP : 091031807



الدكتورة خديجة هاشم

ال اختصاصية في أمراض الكلى والتصفيّة الاصطناعية

أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

Casablanca, le

29/11/2023

Zařízení Radia

60,00
No Etat ence
—

5780 1 Apr Hor

Gesthol

(15)
to

374₀₀

Wu for

1 Trajet

Mac
1977

1460⁺₋3

100

Daly ran 1000

Walter

3070

190

*C. PHARMACE LA ROTONDE
Loc 13 Mexjira
100, Bd. Abdelloumen
76 - N° 22 23 47 76*

Angle Bd. du 9 Avril et Rue Mansard, Quartier Palmier, Casablanca

Tél. : 05 22 23 38 35 / 36 - 05 22 99 49 92- Fax : 05 22 99 49 93 - E-mail : hachim-khadia@hotmai.fr