

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 canalaire, 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 canalaire.

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

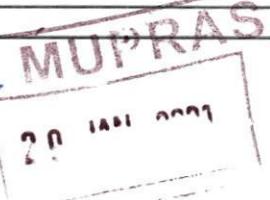
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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° W19-467274

57516

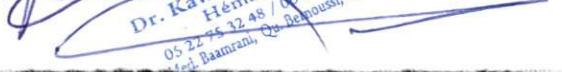
| | | | |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 4508 | Société : RAM | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | Depart volontaire |
| Nom & Prénom : HILAL TAOUFIK | | | |
| Date de naissance : 12.09.63 | | | |
| Adresse : 4 Rue Saman 1er dakhla au Maroc - Casablanca | | | |
| Tél. : 0664173752 | Total des frais engagés : 1434.60 Dhs | | |

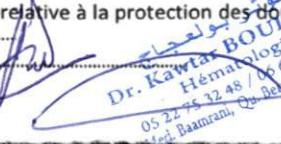
| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
|  Dr. Kawtar BOUJAJA Hématologue / 05 22 75 32 48 / 05 22 09 09 29 Ba. Ned. Baamrani, Qu. Benouss, Casablanca | | | |
|  ?? 1AB1 0001 | | | |
| Date de consultation : | 04/11/2013 | | |
| Nom et prénom du malade : | Hilal TAOUFIK | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Migaine Sénile + Cerveau métabolique | | |
| 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 : **Carabassia**

Signature de l'adhérent(e) :


09/11/2013


Dr. Kawtar BOUJAJA
 Hématologue / 05 22 75 32 48 / 05 22 09 09 29
 Ba. Ned. Baamrani, Qu. Benouss, Casablanca

| 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 |
| 04/11/2023 | Consultation | 1 | 9 | INP : 09109753 د. كوش بولاجان Assistant BOUAAJAI Liste |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>Pharmacie VILLE OUK Dr. Yasmine RAZZOUK Dr. Ahmed Ben Bouchla 2010 Lancac - 0522 39 14 08</i> | 04/11/2020 | Total 1434,60 DH |

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

| 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 canalaire, 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"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| Début d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| ODF PROTHÉSES DENTAIRES | DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> | | | | H | 25533412 21433552 | | 00000000 00000000 | D | 00000000 00000000 | | 35533411 11433553 | B | |
| | H | 25533412 21433552 | | | | | | | | | | | | |
| | | 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | | 35533411 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| Montants des soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| Date du devis <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| Date de l'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |

الدكتورة كوثر بولعجاج
اختصاصية في أمراض الدم

Dr Kawtar BOULAAJAJ
Hématologue

Maladies du sang, des ganglions et de la rate
Chimiothérapie / Greffe de moelle
(Adultes - Enfants)

أمراض الدم والغدد والطحال
العلاج الكيماوي / نزع النخاع
(كبار - أطفال)

Pharmacie VICTORI:
Dr. Kawtar BOULAAJAJ
Rue Ahmed Ben Bouchta 20100
Casablanca Tel: 0522 39 14 66

Casablanca, le : 04/11/2020

~~1) ملاريا مزمنة~~
~~دواء ماريم~~ 110,60DH
~~دواء بارافان~~ 18,00DH
~~دواء بارافان~~ 54,00DH
~~دواء بارافان~~ 200DH

S.V.

2) دواء ماريم 40 ج

S.V.

4x 123,60DH

S.V.

دواء ماريم 80 ج

2x 40 ج 80DH
 داء 1 mis

Tél : 05 22 27 61 09 / Fax : 05 22 20 09 77

En cas d'urgence : 0660 970 929 kawtarboulaajaj@yahoo.fr

40, Rue Des hôpitaux, Imm Les Roseaux, 3ème étage, N°13 - Quartier des Hôpitaux, Casablanca

40، زنقة المستشفيات ، الطابق الثالث، الشقة 13 أمام مركز التشخيص ابن رشد (جناح 28). الدار البيضاء

Dr Kawtar BOULAAJAJ
Hématologue
Téléphone : 05 22 27 61 09 / Fax : 05 22 20 09 77
Email : kawtarboulaajaj@yahoo.fr
Casablanca, Maroc

110,60

Lot: RA0031A

Per: 01/2023

PPV: 200DH00

Lot: PD0405A

Per: 04/2022

PPV: 200DH00

SYNTHEMED

22 rue zoubair bneu al aquam roches
noires casablanca

INEXJUM

40 mg

Boite 14

641/15DMP/21/NRQ P.P.V:123,60 DH

6 118001 020607

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bneu al aquam roches
noires casablanca

INEXJUM

40 mg

Boite 14

641/15DMP/21/NRQ P.P.V:123,60 DH

6 118001 020607

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV: 40,50 DH

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV: 40,50 DH

SYNTHEMED

22 rue zoubair bneu al aquam roches
noires casablanca

INEXJUM

40 mg

Boite 14

641/15DMP/21/NRQ P.P.V:123,60 DH

6 118001 020607

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bneu al aquam roches
noires casablanca

INEXJUM

40 mg

Boite 14

641/15DMP/21/NRQ P.P.V:123,60 DH

6 118001 020607