

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

M22- 0035528

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [6]

Matricule : 1092

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KOUSSAIMY MUSTAPHA

Date de naissance : 1948

Adresse : 3 BIS Rue NIZAR ELABIDI Bourgogne CASA

Tél. : 06.66.81.46.72 Total des frais engagés : 446.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/11/18

Nom et prénom du malade : KOUSSAIMY MUSTAPHA

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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
AS/10	6.2.10	✓	200.000	DR. BOURGEOIS AS/10
AS/10	6.2.10	✓	200.000	DR. BOURGEOIS AS/10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
48. ANNEE MEDICALE 2022 PHARMACIE EL NACIONAL SRL AU CASA SRL AU	22.11.2022	46.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>RADILOGIE RUE 4 Alger Tél.: 05 22 22 08 08</i>	22/11/22	2 AA	+ 200 DAS

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

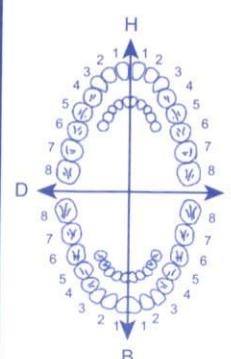
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
2	21433552
0	00000000
0	00000000
1	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
		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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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																						

Dr. Hilmy ABDELMAJID

Assermenté Auprès dés Tribunaux
MEDECINE GÉNÉRALE

الدكتور عبد المجيد حلمي

طبيب محلف لدى المحاكم
الطب العام

ORDONNANCE

Casablanca, le 21/11/2013 الدار البيضاء في

M - Dr. HILMY ABDELMAJID
 الطبيب: عبد الحليم عبد المجيد
 العنوان: 48، Avenue Mehdi Ben Barka Bourgogne
 رقم المكتب: 158
 رقم الهاتف: 0522208758 - البريد الإلكتروني: abdelhilmy1@yahoo.fr

46.90

Arteach

by Dr



48, Avenue Mehdi Ben Barka CASABLANCA
 PHARMACIE EL MANSOUR CASA S.A.R.L.A.U.
 Bourgogne

الدكتور حليم عبد المجيد
 Dr. HILMY ABDELMAJID
 الطبيب المحلف
 العنوان: 48، Avenue Mehdi Ben Barka Bourgogne
 رقم المكتب: 158
 رقم الهاتف: 0522208758 - البريد الإلكتروني: abdelhilmy1@yahoo.fr

Horaires : du Lundi au Vendredi de 09h00 à 16h - Samedi: de 09h00 à 12h30

158 Avenue Mehdi Ben Barka(Ex - du Cimetière) - Bourgogne

Tél. : 05 22 20 87 58 - Gsm : 06 61 20 13 34 - Email : abdelhilmy1@yahoo.fr

158 شارع المهدى بن بركة (مقبرة سابقا)-بوركوان-الدار البيضاء

تيكاربين

درات البابافيرين / فحم منشط



3400934312908

LOT: AJC158
EXP:05/2027

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
PPV 46,90 DH SOTHEMA



6 118001 070015



84 قرصا مغلفا أيضا



Titulaire de l'AMM / Distributeur : **SOTHEMA**
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
Sous licence ELERTE
Fabricant : Laboratoire **AJC PHARMA**
16120 Châteauneuf-sur-Charente - France

Dr. Hilmy ABDELMAJID

Assermenté Auprès des Tribunaux

MEDECINE GÉNÉRALE

الدكتور عبد المجيد حلمي

طبيب متحلف لدى المحاكم

الطب العام

ORDONNANCE

Casablanca, le 21/11/2013 الدار البيضاء في

M - Kousayf Abdellatif
 Dr. HILMY Abdelmajid
 الطبيب المختص
 12, rue d'Alger Casablanca
 06.61.20.13.34 - التسلّل - 05.22.20.87.58
 dr.abdelhilmy1@yahoo.fr

Réponse

RADIOLOGIE OUED EL MAKHAZINE
 12, Rue d'Alger - Casablanca
 Tél. : 05 22 22 26 56
 05 22 22 08 10

الدكتور حلمي عبد المجيد
 طبيب مختص
 12, rue d'Alger Casablanca
 06.61.20.13.34 - التسلّل - 05.22.20.87.58
 dr.abdelhilmy1@yahoo.fr

Horaires : du Lundi au Vendredi de 09h00 à 16h - Samedi: de 09h00 à 12h30

158 Avenue Mehdi Ben Barka(Ex - du Cimetière) - Bourgogne

Tél. : 05 22 20 87 58 - Gsm : 06 61 20 13 34 - Email : abdelhilmy1@yahoo.fr

158 شارع المهدى بن بركة (مقبرة سابقا)-بوركون-الدار البيضاء



الفحص بالأشعة واد المخازن

Radiologie Oued El Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier

الدكتور خالد براة السوني

خريج كلية الطب
بمونيولي

I.R.M

SCANNER SPIRALE ■
CORPS ENTIER - 3D
Multi-barrettes

DENTA-SCANNER ■

RADIOLOGIE ■
Conventionnelle
Numérisée

RACHIS ENTIER ■
Numérisée

GONOMETRIE ■
Numérisée

ECHOGRAPHIE ■
pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE ■
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE ■
Tomosynthèse

OSTEO-DENSITO ■
Biphotonique

PANORAMIQUE ■
DENTAIRE
Numérisée

TELERADIO A 4 M ■
Numérisée

CONE BEAM ■

RADIO - PHOTO ■

CASA LE : 22.11.2022

**NOM : BOUKALLABA KHADIJA EP
KOUSSAIMY
DR : HILMY ABDELMAJID
RX : POUMON DE FACE**

- ❖ La transparence parenchymateuse est normale.
- ❖ Les culs de sac costo-diaphragmatiques sont libres.
- ❖ La silhouette cardio-médiastinale est respectée.

**CONFRATERNELLEMENT
DR. BERRADA SOUNNI. K.**



RADILOGIE OUED EL MAKHAZINE
12, Rue d'Alger - Casablanca
Tél. : 05 22 22 26 56
05 22 22 08 10



الفحص بالأشعة واد المخازن

Radiologie Oued El Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier

الدكتور خالد برادة السنوني

خريج كلية الطب
بمونيولي

I.R.M

SCANNER SPIRALE ■
CORPS ENTIER - 3D
Multi-barrettes

DENTA-SCANNER ■

RADIOLOGIE ■
Conventionnelle
Numérisée

RACHIS ENTIER ■
Numérisée

GONOMETRIE ■
Numérisée

ECHOGRAPHIE ■
pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE ■
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE ■
Tomosynthèse

OSTEO-DENSITO ■
Biphotonique

PANORAMIQUE ■
DENTAIRE
Numérisée

TELERADIO A 4 M ■
Numérisée

CONE BEAM ■

RADIO - PHOTO ■

EXONEREE DE LA TVA

Facture N°: FA22/09810

REF.NN.

BOUKALLABA KHADIJA EP KOUSSAIMY

ICE :

Désignation	Quantité	P.U	Montant
THORAX FACE	1,00	200,00	200,00
Total			200,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux cents Dirhams

Timbres fiscaux en cas de paiement en espèces
OMCpte BANCAIRE N°: 013780010960001050010548/BMCI ANGLE RUE D'ALGER ET RUE JEAN JAQUES- CASABLANCA.
CNSS 1707572-PATENTE 35503945 IF 40400480 ICE 001598548000033

12, زنقة الجزائر العاصمة (ساحة واد المخازن) - الدارالبيضاء - الهاتف : 05 22 29 96 41 - الفاكس: 05 22 29 94 72

12, Rue d'Alger (Place Oued El Makhazine) - Casablanca - Tél. : 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41 - Fax : 05 22 29 94 72

Email : radiologie.om@gmail.com

