

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W21-681310

561482

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 10300 | Société : RAM | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : RIDAOUI BACHIDA | | | |
| Date de naissance : Habibelle | | | |
| Adresse : ... | | | |
| Tél. : 0666274783 | | Total des frais engagés : ... Dhs | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| Autorisation CNDP N° : A-A 215/2010 | Cadre réservé au Médecin | | |
| | Cachet du médecin : <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Dr. Ilham KHIZANI RHUMATOLOGUE Tél. : 05 22 81 29 55 </div> | | |
| Date de consultation : 20-03-11 | | | |
| Nom et prénom du malade : RIDAOUI - BACHIDA | | Age : ... | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Nature de la maladie : Alerte diffuse | | | |
| 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 : **...**

Signature de l'adhérent(e) : **...**

Le : **20/03/2011**

...

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|--------------------------------|--|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraire | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 10/03/2023 | CD | | 250 DH | INP : 250 DH Dr. HAMID KHIZAN HUMATOLOGUE t. : 05 22 81 29 55 24108552 |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
|  | 20/3/23 | 100.00000000000001 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Participant | Date des Séances | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|---------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| <i>ALDO MEDICAL MATERIA MEDICA</i> Validé pour les séances transactionnelles et de vente en magasin du 01/06/2013 au 30/06/2013 à l'aim Cherifoui Casablanca 06/06/2013 | 2013/06/01 | | | | | 500,00 |

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ILLHAM KHIZANI

RHUMATOLÓGUE

DIPLÔMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE CLERMONT FERRAND

SPÉCIALISTE DES MALADIES RHUMATISMALES
MALADIES DES OS, ARTICULATIONS ET MUSCLES
MALADIES DE LA COLONNE VERTEBRALE



الدكتورة إلهام خيزاني

أخصائية في أمراض الروماتيزم

خريجة كلية الطب بفرنسا

أمراض العظام والمعوقات

أمراض العمود الفقري

ORDONNANCE

Casablanca le ...

15-03-103

الدار البيضاء في

l'état de santé de M.
RIADOU BACHIR
nécessite le port de
l'ortèse calcaneo-façade
Talonnette façade

500dh

ALT MEDICAL
MATERIEL MEDICAL

Vente en Magasin
non valide pour toute autre transaction
84, Rue Salim Cherkaoui (Quartier des Hôpitaux
Casablanca

Tél : 05 22 20 51 10/06 58 95 71 74

Dr. Ilham KHIZANI
RHUMATOLOGUE
Tél. : 05 22 81 29 55

Dr. ILHA MIZANI

RHUMATOLOGUE

**DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE CLERMONT FERRAND**

**SPÉIALISTE DES MALADIES RHUMATISMALES
MALADIES DES OS, ARTICULATIONS ET MUSCLES
MALADIES DE LA COLONNE VERTEBRALE**

الدكتورة بسمة عزاني
أخصائية في أمراض التروماتيزم
خريجة كلية الطب بفرنسا
أمراض العظام والمفاصل
أمراض العمود الفقري

ORDONNANCE

Casablanca le ٢٠-٠٣-٢٠٢٣ الدار البيضاء في

89,60 RI DADUI - RACHIDA
Nasnémal B6
1mle 1 → 3 nosi

2) 49,60 D'acuf'pté
49,60 Tellpelle 3 nosi

✓ 139,10

PHARMACIE MARHABA
André ACHOUR - Casablanca
61, AV des FAR - 0522314369

Dr. Ilham KHIZANI
RHUMATOLOGUE
Tél.: 05 22 81 29 55

Lot :
À consommer de
préférence avant le
PPC : 89,50 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 22J05
EXP: 10/2025

Dr. Ilham KHIZANI
RHUMATOLOGUE
Tél.: 05 22 81 29 55

28، مكرر شارع مولاي ادريس الأول - الدار البيضاء
Tél.: 05 22 81 29 55 - Fax : 05 22 81 08 10

ALT MÉDICAL sarlvotre partenaire santé

84, Rue Salim Cherkaoui, Quartier des hopiteux, casablanca

RC: 301495 : CNSS: 6235627

BANQUE: ATTIJARI WAFABANK; COMPTE N°: 103B000000191

TEL / FAX : (212) 05 22 27 60 31

MOBILE : (212) 06 58 95 71 74

E-mail : alt.medical.sarl@gmail.com

Casablanca le : 20/05/2023

CLIENT

MME RIDAOUI RACHIDA**FACTURE N° : 20_05/2023/F033**

| Désignation | Quantité | P.U HT | P.Total HT |
|---|----------|-----------|------------|
| TALONNETTE SUR MESURE POUR EPINE CALCANIENE | 1 | 416,67 | 416,67 |
| | | TOTAL H T | 416,67 |
| | | TVA 20 % | 83,33 |
| | | TOTAL TTC | 500,00 |

Arrêtée la présente FACTURE à la somme de : CINQ CENT DIRHAMS TTC.


ALT MEDICAL
MATERIEL MEDICAL
 Signé 
 Vente en Magasin
 non valide pour toute autre transaction
 84, Rue Salim Cherkaoui, Quartier des Hôpitaux
 Casablanca
 Tél : 05 22 20 51 10/06 58 95 71 74