

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

- Reclamation : 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.



Declaration de Maladie

N° W21-787280

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13418 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre : Benzaj Ceman

Nom & Prénom : Benzaj Ceman

Date de naissance : 07/07/1993

Adresse : Tyt Mellil Casablanca

Tél. : 06 62 875 675 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KHAYRAT Myriam

Pédiatre

Centre Bouskoura, Appt. N°4, 1er Etage

Résidence Rachidi Tél: 0522 01 28 28

Date de consultation :

11/03/2023

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie :

Diabète du la LCH

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 suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____

L'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11/13/2023 | | | | <p><i>Dr KHAIRAT N°181</i> INP : 090036440 <i>Centre Pousset Pédiatrique N°4 App. 052201 28</i> <i>Résidence Rachid Tel 052201 28</i></p> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <i>Dr. K. M. KHAIRAT Médecin Radiologue Clinique Pédiatrique ALL Service de Radiologie 347, Bd Panoramique Casablanca 1500 Tel: 0522.87.81.81 Fax: 0522.87.81.81</i> | 11/13/2023 | 20.90 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
| <i>Dr. K. M. KHAIRAT Médecin Radiologue Clinique Pédiatrique ALL Service de Radiologie 347, Bd Panoramique Casablanca 1500 Tel: 0522.87.81.81 Fax: 0522.87.81.81</i> | 11/13/2023 | <i>Dr. R. Bassem</i> | <i>200 dh</i> |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| | |
|-------------------------|--|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DEBUT D'EXECUTION | |
| FIN D'EXECUTION | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DATE DU DEVIS | |
| DATE DE L'EXECUTION | |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 28533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| G | | |
| B | | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. KHAYRAT Myriam

Pédiatre

Spécialiste des maladies
des enfants et des Nourrissons

الدكتورة خيرات سرييم

طبيبة أطفال

اخصائة في امر ارض

الأطفال والرضع

Sur Rendez-vous

| | | | |
|----------------------|--------------|-----------------------|---------|
| Du lundi au Vendredi | 9:00 - 16:00 | من الإثنين إلى الجمعة | بالموعد |
| Samedi | 9:00 - 13:00 | السبت | |

Bouskoura, le

بوسکورہ فی ۱۰/۰۳/۲۰۲۳ Bouskoura, le

BEN A212

Gheis

80.90 V.S.O₂ वायरिंग सेटिंग तरीका

PHARMACIE KHAITABI
Boutique et Revue
Docteur en Pharmacie
341, Bd. Panoramique - GABAO
TELEFAX: 02-22-71-888

Dr. KHAYRAT Myriam
Bébétare
Cité Al-Sakoura Appt N°4 1er Etage
Residence Sachihi Tel: 0522 01 28 28

بوسکورہ المركز - إقامة الراشدي - رقم 4 - الطابق الأول - (أمام الدرك الملكي) - بوسکورہ

Centre Bouskoura - Résidence Rachidi - N°4 - 1er étage - (en face de la Gendarmerie Royale) - Bouskoura

Tél.: 05 22 01 28 28 - E-mail : Khayrat.myriam@gmail.com

BATCH MAN 0422

HP428 EXP 0326

54000440

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription

liste || - list || - || ä > iX

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20.90 DH

فستانين D3 بـ 200,000 وحدة يومياً / ملء في أسبوع سعة 1 طن

Cholecalciferol (vitamin D3) 200 000 IU
Medium-chain triglycerides qs 1 ml

Cholecalciferol (vitamine D3) 200 000 UI
Triglycérides à chaîne moyenne q.s. 1 ml

/vitamine D3 B.O.N.[®]

Vitamine D3 B.O.N.
200 000 IU/1 ml

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

CHOLÉCALCIFÉROL / CHOLECALCIFEROL / كوليكسينيكالسيفيرول / مطبل للدغن النضلي واللثدي / 1 ml

فیتامین D3 ب و ۰ ۰۰۰ UI/1 ml

12

Lire attentivement la notice

Read the leaflet carefully

يجب قراءة النشرة المرفقة قبل الاستعمال.

A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de la lumière.

Store below 25°C and away from light
Reach or children.

يُحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C
بعدم عن الصوّر.

16

Dr. KHAYRAT Myriam

Pédiatre

Spécialiste des maladies
des enfants et des Nourrissons

الدكتورة خيرات سريم

طبيبة أطفال

**اخصائية في أمراض
الأطفال والرضع**

Sur Rendez-vous

Du lundi au Vendredi 9:00 - 16:00
Samedi 9:00 - 13:00

من الإثنين إلى الجمعة
السبت 9:00 - 13:00

بالموعد

Bouskoura, le

11/03/2023

BENA212 Rachid

Age = 6 mois

Dépistage du LS LCR

SpP : Radios Gasim Jau

Clinique Pédiatrique AJAL
Service de Radiologie
347, Bd Panoramique Casablanca
Tél: 0522.87.81.81 Fax: 0522.87.25.00

Centre Bouskoura, Appt. N°4, 1er étage
Résidence Rachidi, Tél: 0522.01.28.28

بouskoura المركز - إقامة الراشدي - رقم 4 - الطابق الأول - (أمام الدرك الملكي) - بوسكورة

Centre Bouskoura - Résidence Rachidi - N°4 - 1er étage - (en face de la Gendarmerie Royale) - Bouskoura

Tél.: 05 22 01 28 28 - E-mail : Khayrat.myriam@gmail.com

Clinique Pédiatrique Ajial

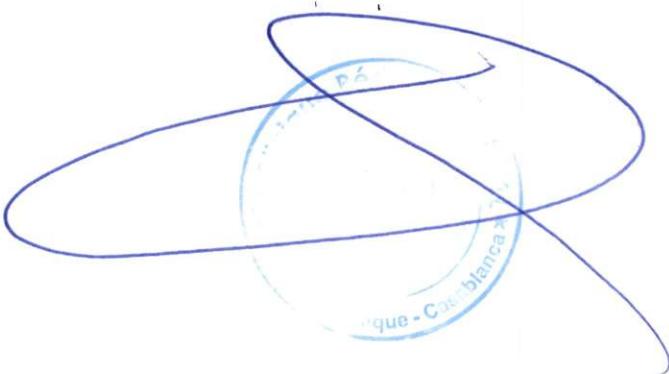
Casablanca Le : 11/03/2023

| Pré-Facture N° 120894 | | Etablie par WIDAD ACCUEIL | Page | 1/1 | |
|--|--------------------------|------------------------------|------|------|---------------|
| Identification | | | | | |
| N° Dossier : X3C114405 | | N° Identifiant : 23032543/23 | | | |
| Nom & Prénom : BENAZIZ GHALIA | | | | | |
| C.I.N. : FG | Date Début : 11/03/2023 | Date Fin : 11/03/2023 | | | |
| Adresse : | | | | | |
| Traitemen t: | Médecin : MIYARA KHADIJA | | | | |
| Prestations | Qté | Prix U. | L.C. | Coef | Montant |
| IMAGERIE MEDICALE | | | | | |
| Bassin(face) | 1 | 200,00 | | | 200,00 |
| | | Total Rubrique : | | | 200,00 |
| PARTIE CLINIQUE : | | | | | 200,00 |
| | | TOTAL FACTURE | | | 200,00 |

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Deux cents Dirhams

Cachet et signature



AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca le : 11/03/2023

Patient (e): BENAZIZ GHALIA

RADIOGRAPHIE DU BASSIN DE FACE

RESULTAT:

Structure osseuse normale.

Concavité et condensation cotyloïdiennes satisfaisantes.

Talus bien dessinés des deux cotés.

Les noyaux épiphysaires fémoraux sont normalement situés dans le quadrant inféro-interne de la construction d'Ombredanne.

Lignes graisseuses respectées.

Conclusion :

- Absence de signe de LCH.

Dr. K. Miyara
Médecin Radiologue
Clinique AJIAL
Service de Radiologie
347, Bd Panoramique Casablanca
Tél: 0522.87.81.81 - Fax: 0522.87.25.00