

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

- 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° M21- 062211

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0389

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENSALEM TARISS

RAMA 183972

Date de naissance :

Adresse : 7, Rue D'acquitaine q. Gauthier CASA

Tél. : 0662472089

Total des frais engagés : 2296,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL AZIZ Siham
Spécialisé de l'Enseignement Supérieur
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Diabetologie - Nutrition
Maladies Métaboliques
Endocrinologie
Tél: 05 22 05 40 89 - 06 66 40 45 35
E-mail: elaziz.siham@yahoo.fr
Tél: 05 22 05 40 89 - 06 66 40 45 35
E-mail: elaziz.siham@yahoo.fr
Tél: 05 22 05 40 89 - 06 66 40 45 35
E-mail: elaziz.siham@yahoo.fr

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : / /

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : / /

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 : CASA

Le : 21/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le paiement des Actes
21/11/23	C		10000	EL AIZ SHAWAR

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/22	18.2€,65

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

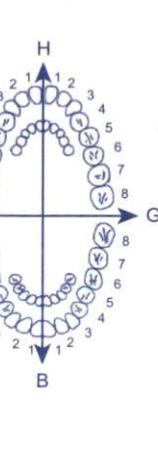
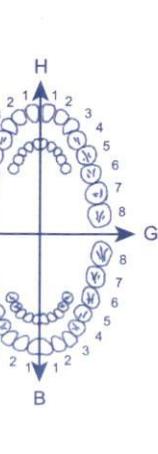
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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												
				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 border="1" 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 style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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													



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAUX DE CASABLANCA

Groupe CIM Santé - Casablanca

HPIC

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL

DE CASABLANCA

DU GROUPE CIM HOLDING

ANGLE BD BIR ANZARANE ET

ABOU ISHAK SHIRAZI ET RUE

BEN JILALI, QUARTIER MAARIF

CASABLANCA

TÉL.: 05 22 05 40 40

FAX : 05 22 05 40 41

ICE : 002924279000042

Dr. EL AZIZ Siham
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Endocrinologie - Diabétologie - Nutrition
Maladies Métaboliques
Tél: 05 22 05 40 80 - 06 66 40 45 35
shamelaziz@yahoo.fr
INPE 091034504

Casablanca, le 5 NOV 2023

ANESTHESIE - REANIMATION

CARDIOLOGIE GENERALE
ET INTERVENTIONNELLE

CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE

ADULTE ET PEDIATRIQUE

RHUMATOLOGIE

CHIRURGIE THORACIQUE

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
& TRAUMATOLOGIQUE

ADULTE ET PEDIATRIQUE

NEUROLOGIE

NEURO-CHIRURGIE

CHIRURGIE MAXILLO-CERVICO-FACIALE

CHIRURGIE PLASTIQUE
& ESTHÉTIQUE

CHIRURGIE UROLOGIQUE

NEPHROLOGIE

CHIRURGIE VISCERALE

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE

DERMATOLOGIE

ENDOCRINOLOGIE

HÉMATOLOGIE

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

GYNECOLOGIE OBSTÉTRIQUE

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

ONCOLOGIE

PEDIATRIE & REANIMATION

NEONATALE

PNEUMOLOGIE

RADIOLOGIE

SERVICE RADIOLOGIE

SERVICE CONSULTATIONS

SERVICE PRISE EN CHARGE

SERVICE FACTURATION

PHARMACIE CAMILLE SARLAU
29, Avenue Hossane Souktani
BP: 35221 Casablanca - RC: 521287
Tél: 05 22 05 40 80 - 06 66 40 45 35
00281 126000060 12 07

1) Jardiance 10ug
lcp x 479,00x2



127,70x2 x 300s

2) At second 8ug
lcp



167,00x2 x 215s

3) Crestor 10
Dr. EL AZIZ Siham
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Endocrinologie - Diabétologie - Nutrition
Maladies Métaboliques
Tél: 05 22 05 40 80 - 06 66 40 45 35
CONTACT.HPIC@CIMSANTE.CM shamelaziz@yahoo.fr
INPE 091034504



139,50x2

u 7 Bon de letten

per SW vanle



u 6 ✓ x ↗ s

1826,40

Dr. EL AZIZ Siham
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Endocrinologie - Diabétologie - Nutrition
Maladies Métaboliques
Tél: 06 22 05 40 80 - 06 88 40 45 35
sihamelaziz@yahoo.fr
INPE 091034504



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعتات الموصوفة



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعتات الموصوفة

Maphar
Bd Alkemia N° 6, QI
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH
6 118001 183111

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir houc al souam roches
noires casablanca
ATACAND
8 mg
Bte de 30
139/16 DMP/21/NRQ P.P.V: 127,70 DH
6 118001 020539

Maphar
Bd Alkemia N° 6, QI
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH
6 118001 183111

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir houc al souam roches
noires casablanca
ATACAND
8 mg
Bte de 30
139/16 DMP/21/NRQ P.P.V: 127,70 DH
6 118001 020539

