

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1215

Société :

RAM

Retraité

Actif

Pensionnée(e)

Autre :

Nom & Prénom : TIKRI

AZIZA

Date de naissance : 1/1/1987

Adresse : Sdeer

Tél. : 0661194838

Total des frais engagés : 300 + 248,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

CENTRE D'HEMODIALYSE ET DE NEPHROLOGIE

" GHOZALI "

Dr HOSNI Naïma

116, Bd d'Oujda Belvédère - Casablanca

408461 - Pal. 32590975, T.F. 26066244 - CNSS. 1059562

Cachet du médecin :

3/2024

Age:

Date de consultation :

3/2024

Nom et prénom du malade :

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 : 13/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : A.S.

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
8-3-24	C	02	300	D.D. CENTRE D'HEMODYNAMIQUE "GHOZALI" - 13, AVENUE DE LA REPUBLIQUE - 1000 ANGERS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KOUKOUNIS	2/3/24	248,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412 00000000	G	21433552 00000000	
D	00000000	B	00000000	35533411 11433553	
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
	H	25533412 00000000	G	21433552 00000000	
D	00000000	B	00000000	35533411 11433553	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION

Dr. Naïma HOSNI

Spécialiste Maladies des Reins
Reins Artificiel - Transplantation
Ancien Médecin Attaché
des Hôpitaux de Lyon



الدكتورة نعيمة حسني
اختصاصية في أمراض الكلى
والكلية الإصطناعية
خريجة كلية الطب بليون



Casablanca, le

21/02/2018 8.3.24

100,40 x 2

0.60 x 11

500

11/02/2018

24/02/2018

17

24/02/2018

10



126, Bd. d'Oujda. Belvédère (face gare des voyageurs). Casablanca

Tél. : 05 22 40 28 69 / 05 22 24 40 89 - Fax : 05 22 40 28 69 / 05 22 40 92 92 - GSM : 06 61 21 09 60

E-mail : hosni@menara.ma - Naimahosni75@gmail.com - Site web : www.hemodialyseghozali.com

Patente : 32590975 - TVA : 62 55 77 - R.C : 408461 - C.N.S.S. 2582460 - IF: 26066244 - ICE : 002036519000086

ZYLORIC 100 mgBoîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 DMP/21/INTT

Remboursable AMO



6 118000 022268

LOT 232853

EXP 09 2027

PPV 46.70 DH

6 118001 040032

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 38 - 9400 WOLFSBERG

AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 100DH70

6 118001 040032

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 38 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 100DH70