

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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

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° P19- 063310

ND: 29144

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1069

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Zaouia Hammoud

Date de naissance :

1947

Adresse :

Dr. T. Kadour, 5ème Rue 36 n 32 Casab

ville Mohamed

Tél. :

0519 86 6026

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

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 :

Le : / /

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 Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|-------------------|--------|------------|----------|------|---|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| TOP KINE S.A.R.L Takadoum Sud Rue 16 N 65 Hay Mohammadi Casablanca Tél: 05 22 61 99 85 | 16-03-2016 | | 20 séances | 20 x 100 | 2000 | TOP KINE S.A.R.L Takadoum Sud Rue 16 N 65 Hay Mohammadi Casablanca Tél: 05 22 61 99 85 |

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des sains

Veuillez fournir une facture

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



W18-348618

DATE DE DÉPO

| | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|-----------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mme | |
| Nom & Prénom MIZARWI Hennadou | | | |
| Fonction : | Phones | | |
| Mail | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | Age |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite M/6/22 | |
| ANG + SMC du 15 grde | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes Inhalation | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | |
| | | 430,00 | |
| PHARMACIE | Date 11/06/2020 | | |
| Montant de la facture | | 135,40 | |
| ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES | | Date : | |
| Désignation des Coefficients | | Montant détaillé des Honoraires | |
| | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date : | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV |
| | | | |

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

22/0 MIZARWI Henned

1/6 doliprm SP

1cp x 31g * 2g

5 6,60 + 2

2/ Diposteron 31g
2bites (Deux bts)

135,40



P P V 220 H 20
P E R 03/22
L O T J/34

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg
Phosphate de codéine 20 mg

16 COMPRIMÉS SECABLES

6 118000 040217



611 800115 013 7
DIPROSTENE 1 Seringue
P.P.V : 56,80 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura



611 800115 013 7
DIPROSTENE 1 Seringue
P.P.V : 56,80 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 53 503 / 2020 du 11/06/2020

Nom patient : **ZARGUI HAMMADI**

Entrée 11/06/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 11/06/2020

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|----------------------------------|--------|------------|----------------------|------------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| - Infiltration intra-articulaire | 1,00 | | 450,00 Sous-Total | 450,00 450,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 450,00 |

| | | |
|---|--------------|---------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | Total | 450,00 |
| QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS | | |

| Encaissements | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
|---------------|---------------|--|--|--|----------------|-------------|
| | 450,00 | | | | 450,00 | 0,00 |

Opital Universitaire International Cheikh Khalifa
Service Rééducation
N° INP : 090061862

TOP KINÉ

Rééducation en :

Neurologie - Rhumatologie - Traumatologie
Cardio-vasculaire - Périnéale - Levé de Tension
Rééducation Respiratoire Nourrisson et Adulte
Pédiatrique

Drainage Lymphatique

Bien être:

Cure d'Amincissement - Régime - soins Corporels
Massage Relaxant - Tonique - aux Huiles Chaudes
Aromatique - Réflexologie

علاج أمراض الروماتيزم، آلام الظهر

أمراض القلب و الشرايين

شلل الأطفال، الشلل النصفي، التدليك الطبي

ترويض الجهاز التنفسي للصغار والبالغين

ترويض قبل وبعد الولادة

التدليك المفاوي لعلاج الإتفاخ

العلاج الفيزيائي

حصص التنحيف، حصص التجميل

N° : 000053

Casablanca, le : ١٦...٠٣...٢٠٢٢

Facture

Nom du Patient :Mr. Farqui Hammadi.....

Assurance :M.I.U.P.Z.A.S.....

Nature des actes :séances de rééducation f.1(A15).....

Nombre de séance :10.....

Frais de Séance :100.00.....

Somme Totale :2.400.00.....

Patente N°:
37952250

TOP KINÉ S.A.R.L
Takadoum Sud Rue 16 N° 65
Hay Mohammadi Casablanca
Tel. : 0522 619 985



ACC.

1069

100
36 SC 9951

0636 SC9951 cha confor

2-2-12/288

23 383

3c ~~rever~~ confidit 17
Zoegesii Hammash.

free - Post. u

AVC ~~ichomis~~

recent - Bif

can't open now

Kashmir - States

See Keeleep 56 - Section

زاوية شارع ابن تاشفين وان العدراء المراكشي ، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5

05 22 61 11 33 (فوق أسباً و BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف :

Angle Bd Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ème étage N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél : 05 22 61 11 33



TOP KINÉ

Nº 000428

Rééducation en :

Neurologie - Rhumatologie - Traumatologie

Cardio-vasculaire - périnéale - levée de tension

Rééducation respiratoire nourrisson et adulte
pédiatrique

Drainage lymphatique

Bien être :

Cure d'amincissement - régime - soins corporels

Massage relaxant, tonique, aux huiles chaudes,
aromatique, réflexologie



علاج أمراض الروماتيزم، آلام الظهر

أمراض القلب والشرايين

الشلل النصفي، شلل الأطفال، التدليك الطبي

ترويض الجهاز التنفسي للصغار والبالغين

ترويض قبل وبعد الولادة

التدليك المفاوي لعلاج الانتفاخ

العلاج الفيزيائي

حصص التنحيف، حصص التجميل

Casablanca, le : 10.02.2024

Devis

Nom du patient : Mr Farqui Hammadi

Assurance : MURAS

Nature des actes : de rééducation jet (AUS)

Nombre de séances : 20 séances

Frais par séance : 120 DT

Somme totale : 2400 DT

Signature :

حي التقدم الجنوبي زنقة 16 رقم 16 الحي المحمدي

Casablanca Tél. : 0522.619.985 - GSM : 0675.747.395

— Docteur
• ~~et~~ Dr. El Souri
Docteur en Consultation
Spécialiste

Cardiologue

~~DR. Siham BELAICHE~~
~~Cardiologue~~
~~Angle Bd. Ibn Tachfin et Agouz~~
~~El Mourakebi 3ème Etage N°5~~
~~Casablanca Tel: 0522 61 11 79~~



05/03/2022

chee confidio

je veux revoir

M Zaghari Hamouda

peau bien et poing

coupe de sic pas

AVC n'importe pas

25 scans

Dr Siham BELAICHE
Cardiologue
Angle Bd Ibn Tachefine et Adraa
El Mourakouchi 3ème étage N°5
Casablanca - Tel: 0522 01 11 33

زاوية شارع ابن العدرا المراكشي ، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5

(فوق أسيما و BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

ACC
MLE 1069

complément domm

SD: 83383

Kiné

0664569851

