

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

ptique :

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

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.

Matricule : 1776 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Zouggari Radi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 20 03 84 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/12/2020 Nom et prénom du malade : Zouggari Radi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Indifférence générale

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
10/12/2020		3		<i>AS</i>
				<i>Docteur HABIBI KARIM Professeur de Néphrologie - Hémodialyse Angele Bd 3 Avril 25/36 05 22 99 49 93 Tel: 03 22 23 38 25 36 05 22 99 49 93 Fax: 05 22 99 49 93</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>CELA ROTONDE</i>	10/12/2020	639,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

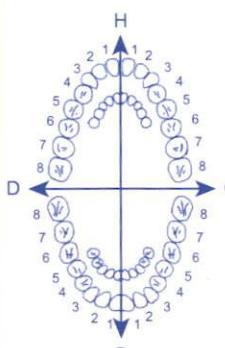
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

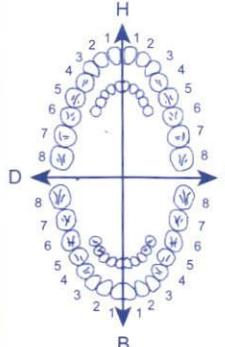


O.D.F
PROTHESSES DENTAIRES

H	21433552
25533412	00000000
00000000	
35533411 11433553	
D	00000000
B	00000000

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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



مركز الكلية الاصطناعية ابن سينا
Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Khadija HACHIM

Professeur en Nephrologie - Hemodialyse
Ex Enseignante à la Faculté
de Médecine Casablanca
INP : 091031807



الدكتورة خديجة هاشم

اختصاصية في أمراض الكلى

والتصفية الاصطناعية

أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

Casablanca, le

10/12/2010

Zauggsdu Radha

6330

Ballo nyp 140,00 x 21 jar

469,00 Edes 140,00 jar

360,00 Ach. Corinne 140,00 x 21 jar

Ladi lix 140,00 x 21 jar

169,00 Doli co x 90 140,00 jar

140,00 Spal Jau Hypo 140,00 jar

1580 x 3 140,00 jar

Doluprone 1000 140,00 jar

140,00 Artiflex fel 140,00 jar

PHARMACEUTICAL ROTONDE
100, Bd. Abdelmoumen
LEILA Mefjira
Casablanca - Tel: 05 22 23 47 70

Dr. HACHIM Khadija
Professeur de Néphrologie, Hémodialyse
Angie Bld. 9 Avril 2009 Mansard
Tel: 05 22 23 38 35 - 05 22 99 49 92
Fax: 05 22 23 38 35 - 05 22 99 49 93

Tél: 05 22 23 38 35 - 05 22 99 49 92 - Fax: 05 22 99 49 93 - E-mail: hachim-khadija@hotmail.fr

633,00

Angle Bd. du 9 Avril et Rue Mansard, Quartier Palmier, Casablanca

OEDES 20mg

56 gélules

6 118000 082026

LOT: 201159
PER: 04-2023
PPV: 140,00DH

LOT: 200312
DLUD: 10/2023
63,30DH

Fabriqué par:

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)

PPV 46,30 DH SOTHEMA

6 118000 070015

DOLICOX 90 mg

14 Comprimés pelliculés

6 118000 041955

PPV: 169DH00
PER: 07/23
LOT: J1957-2

ARTIFLEX® GEL 60g

6 111255 810291

03/2023 P.C 49,80

7 640153 082817

SPASFON-LYOC
LYOPHORAL (10)
Zenith Pharma
P.P.V.: 19,50 DHS

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V.: 34DH60

LOT: 20E015
PER: 01/2024

6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V.: 34DH60

LOT: 20E019
PER: 05/2024

6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V.: 34DH60

LOT: 20E019
PER: 05/2024

6 118000 060468

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
8 comprimés effervescents sécables

6 118000 040361

PPV 150 H 80
PER 10 / 23
LOT J 28 75

PARACÉTAMOL
8 comprimés effervescents sécables

6 118000 040361

PPV 150 H 80
PER 10 / 23
LOT J 28 75

PARACÉTAMOL
8 comprimés effervescents sécables

6 118000 040361

PPV 150 H 80
PER 10 / 23
LOT J 28 75