

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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° W21-819147

177553

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	3186	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : NADRI HAMID		
Date de naissance : 02/01/1953		
Adresse : Chouïâa		
Tél. : 0660655191	Total des frais engagés :	1245,30 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. Asmae LOUKILI IDRISI HÉMATOLOGIE CLINIQUE ONCOLOGIE PEDIATRIQUE Au Stendhal Vel Bleurt - Casablanca Tel: 05 22 22 78 18
Date de consultation :	19/09/2023
Nom et prénom du malade :	NADRI HAMID Age : 69
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Tui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Mycélose
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 : Casab

Le : 04/10/2023

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
18/09/23	CS		300,000	INP : 091010135124
				Dr. ASMAE LOUKILI IDRISI HÉMATOLOGIE CLINIQUE ONCOLOGIE

4.5. ASMAE LOUKILI IDRISSE
HÉMATOLOGIE CLINIQUE
ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE
Av. Standard Vol Flouri - Casablanca
Tél: 0522 22 32 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

781:0522332292

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARHABA André ACHOUR	19-09-2013	216,00

PHARMACIE MARHABA

André ACHOUR

61. AV des FAR Casablanca

TÀI 0522 31 16 40 0522 31 43 68

Cachet et signature du _____ Désignation des _____

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	INP : <input type="text"/>										
					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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
		H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة مختصة في أمراض الدم والأنكولوجيا
CABINET D'HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE

Dr. Asmae LOUKILI IDRISI
Spécialiste
Hématologie clinique
Adultes et Enfants
Creffe de moëlle osseuse
...
Oncologie Pédiatrique

الدكتورة أسماء الوكيلي الإدريسي

أخصائية

أمراض الدم
البالغين والاطفال

زرع النخاع العظمي
...

سرطان الطفل

Casablanca, le

19/09/2023

Mr Nadir Hamid.

27,000,-

1/ Caudisaspine
1.5

14,- Igh

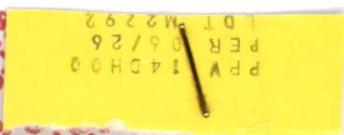
2/ Deliprone
1.5

239,-

3/ Coaprovel 800 mg
1.5

308,40 Igh

8wars



Dr. Asmae LOUKILI IDRISI
HÉMATOLOGIE CLINIQUE
ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE
74 Avenue Stendhal Val Fleuri - Casablanca
Tél.: 0522 23 22 12

74، إقامة كولد ، زاوية شارع ستندال و زنقة مونتن - قلل فلوري - الدار البيضاء



PHARMACIE MARHABA

61, Av. de l'Armée Royale Casablanca

ANDRE ACHOUR

Docteur en pharmacie

Faculté de MARSEILLE FRANCE

R.C :118264

Patente:35 101 720

T.V.A :823288

C.N.S.S:1850107

Tél :0522 31 16 40

Le 19/09/2023

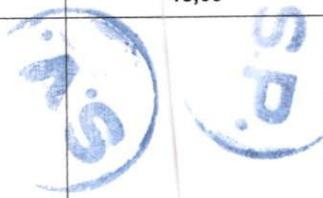
FACTURE N°629345

N° ICE : 001667749000020

MR NADRI HAMID

N° IF : 43900800

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
12	DEXAMETHASONE A 20 MG GELULES	18,00	216,00	14,13	7,00
  PHARMACIE MARHABA André ACHOUR 61, Av des F.A.R Casablanca Tél 0522 31 16 40 0522 31 43 69					

TOTAL T.T.C :

216,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	14,13	TVA 20% Base :	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Deux Cent Seize Dirhams.