

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 dentaire 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 de caractère personnel.

N° W19-536005

32710

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricole : 3186 Société : RAM (Retraite)		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : NADRI Hamed		
Date de naissance : 12.11.1953		
Adresse : Marjane		
Tél. : 0660655191 Total des frais engagés : 21511 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 Dr. Asmae LOUAISSI Hôpital Allal Ben Abdellah CHU Casablanca 1000 Casablanca Tel. 0522 23 22 12	
Date de consultation :	30/06/2020
Nom et prénom du malade :	Mr NADRI Hamed
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Myéline multiple
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 : Casablanca Le : 12.07.2020
 Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
30/06/2020	63		300,00	INP : [Signature]
				<i>Le CHALET IDRISEI</i> CLINIQUE PERIODE 091013524

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARRAKA André ABOUHOUR 61, Av des PAIX - Casablanca Tél: 0522 31 16 40 / 0522 31 43 69	30/6/2020	1211,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

BELEVE 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 DENTAIRE	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 PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<p>H</p> <p>D $\xrightarrow{\quad}$ G</p> <p>B</p>																
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>214233552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D $\xrightarrow{\quad}$</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	214233552	00000000	00000000	D $\xrightarrow{\quad}$	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	214233552																
00000000	00000000																
D $\xrightarrow{\quad}$	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

A F 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 mœlle osseuse

...

Oncologie Pédiatrique

الدكتورة أسماء الوكيلي الإدريسي

أخصائية

أمراض الدم

البالغين والأطفال

زرع النخاع العظمي

...

سرطان الطفل

Casablanca, le

30/06/2020

Mr Abdellatif Hauid.



✓ Oradeau (Rexanell Hayou) 20 mg selub à prépare

dagl

D 06/07
D 07/07
D 08/07
D 09/07

PHARMACEUTIQUE MARRAKESH
4, AV. DES SUCREUR
07, AV. DES SUCREUR Casablanca
Tél: 0522 23 22 12 - 0522 23 22 11 - 0522 23 43 69

D 14/07
D 15/07
D 16/07
D 17/07

Dr. ASMAE LOUKILI IDRISI
HEMATOLOGIE CLINIQUE
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
74 AV. Stendhal Val Feuri - Casablanca
Tél: 0522 23 22 12

74، إقامة كولد ، زاوية شارع ستندال و زنقة مونتين . قل فلوري - الدار البيضاء

Tél/Fax : 0522 23 22 12 - Gsm : 0662 17 20 27 - Mail : loukili_asmae@yahoo.fr - INPE : 091013524



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 30/06/2020

FACTURE N°559471

N° ICE : 001667749000020

N° IF : 43900800

MR NADRI HAMID

DR LOUKILI IDRISI

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
8	DEXAMETHASONE A 20 MG GELULES	16,00	128,00	8,37	7,00
<p style="text-align: right;"><i>PHARMACIE MARHABA Andre ACHOUR 61, Av. des FAR - Casablanca Tél: 0522 31 16 40 / 0522 31 43 69</i></p>					
TOTAL T.T.C :					128,00

Nbr Articles

TVA 7% Base :

128,00

Montant :

8,37

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cent Vingt Huit Dirhams.