

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 des données à caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-493110

N° 2774

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)	Matricule : 3186	Société : RAM (Retraite)	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NADRI HAMID			
Date de naissance : 10/11/1953			
Adresse : Résiduelle			
Tél. : 0660655191	Total des frais engagés : 1088		Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 09/01/2020			
Nom et prénom du malade : M. NADRI HAMID			Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Myélome multiple			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances:			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements suivants confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

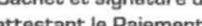
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

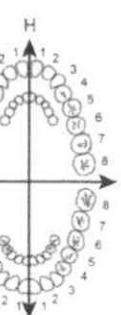
Le : 10/01/2020

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
09/10/2022	(2)	3	350,00	INP :  091013524

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADALTEC 23100 SAINT-NAZAIRE	09/11/2020	128,00
PHARMACIE ADALTEC 23100 SAINT-NAZAIRE	09/11/2020	660,50

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		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"/>														

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

Dr. Asmae LOUKILI IDRISI

Spécialiste

Hématologie clinique

Adultes et Enfants

Creffe de moelle osseuse

\*\*\*

Oncologie Pédiatrique

Le 09/01/2020

الدكتورة أسماء الوكيلي الإدريسي

أخصائية

أمراض الدم

البالغين والأطفال

زرع النخاع العظمي

\*\*\*

سرطان الطفل

Casablanca, le .....

Mr NADRI HAMID



38.970



81-A  
Tél. 022  
Tél. 022

LOT 190819  
EXP 02/2022  
PPV 99.00 DH

1/ ORADEXAN gel de 20 mg.

1 gélule / jour

J1 Δ 10/01

J9 Δ 18/01

J2 Δ 11/01

J10 Δ 19/01

J3 Δ 12/01

J11 Δ 20/01

J4 Δ 13/01

J12 Δ 21/01

2/ MYRIN 100 mg

1 cp / jour le soir

3/OEDES 20 mg

1 cp / jour

4/ VALEX 500 mg

1 cp / jour

5/ COTRIM FORT

1 cp Lundi, Mercredi et Vendredi

6/ ASPEGIC 100 mg

1 S/j

7/ CACIT 1000

1 cp / j

660,50



ASMAE LOUKILI IDRISI  
HEMATOLOGIE CLINIQUE  
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE  
Tél. 022 23 22 12 - Gsm : 0662 17 20 27 - Mail : loukili\_asmae@yahoo.fr - INPE : 091013524

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80

PER.: 06.2021

6 118001 040049

CACIT 1000 mg

30 comprimés effervescents

BOTTU S.A PPV : 107 DH 70

6 118001 040049

CACIT 1000 mg

30 comprimés effervescents

BOTTU S.A PPV : 107 DH 70



# 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 09/01/2020

## FACTURE N°549262

N° ICE : 001667749000020

N° IF : 43900800

MR.NADRI HAMID

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

PHARMACIE MARHABA  
André ACHOUR  
61, Av. de l'Armée Royale Casablanca  
Tél. : 0522 31 16 40 / 022 31 14 369

**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.