

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° W19-493104

M° = 2773

Optique

Autres

<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 (Rehatis)		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : NADRI HAMED			
Date de naissance : 06 - 11 - 1953			
Adresse : loulalouelle			
Tél. : 0660655191	Total des frais engagés		2012
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 29/01/2020			
Nom et prénom du malade : Mr NADRI HAMED Age: 63			
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 : 11 EM 7720			
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 : **Chambre**

Le : **10/12/2020**

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
20/10/2020	62		300,00	INP : 11111111111111111111111111111111
30/10/2020	62		300,00	Signature : <i>goff</i> ONCOLOGIE 091013524

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AACHOUR AACHOUR 61, AV. DES FAR - Casablanca Tél: 0522 31 16 40 / 0522 31 14 62	30/10/2020 30/10/2020	128,- 1622,-

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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

H

D

R

(Création, remont, adjonction)

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 mœlle osseuse

...

Oncologie Pédiatrique

الدكتورة أسماء الوكيلي الإدريسي

أخصائية

أمراض الدم

البالغين والأطفال

زرع النخاع العظمي

...

سرطان الطفل

Le 30/01/2020

Casablanca, le

Mr NADRI HAMID

~~16x8~~
~~28,00~~
1/ ORADEXAN gel de 20 mg.

1 gélule / jour

J1 Δ 31101

J2 Δ 01102

PPV Δ 02102

Δ 03102

J9 Δ 08102

J10 Δ 09102

J11 Δ 10102

J12 Δ 11102

98.970

1 584,00 Dhs

2/ MYRIN 100 mg

1 cp / jour le soir

CO-TRIM®

DES 20 mg

1 cp / jour

~~PPV 38DH00~~

LEX 500 mg

1 cp / jour

38,-

5/ COTRIM FORT

1 cp Lundi, Mercredi et Vendredi

6/ ASPEGIC 100 mg

1 S/j

7/ CACIT 1000

1 cp / j

1622,-

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

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

PHARMACIE MASRI
Tél: 0522 23 22 12
Fax: 0522 23 22 12
Tél: 0522 23 22 12
Tél: 0522 23 22 12

74. إقامة ثولد ، زاوية شارع سنتنال و زنقة مونتين - فال فلوري - الدار البيضاء

74, Gold résidence, Angle Avenue Stendhal et Rue Montaigne, Val Feuri - Casablanca
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 30/01/2020

FACTURE N°550958

N° ICE : 001667749000020

N° IF : 43900800

MR NADRI HAMID

PREPARATION MAGISTRALE

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. des F.A.R. Casablanca Tél: 0522 31 16 40 / 0522 31 43 69					
TOTAL T.T.C : 128,00					

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	8,37	TVA 20% Base :	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cent Vingt Huit Dirhams.