

# 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.

## 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.

## 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05583

Société : R.A.O. 235 FA

Actif  Pensionné(e)

RACHIDI

Autre :

Nom & Prénom : RACHIDI Hassam

Date de naissance : 05 - 07 - 1965

Adresse : /

Tél. : 06 61 31 72 67 Total des frais engagés : 70,52 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. NEDDE EL FINRI**  
Médecine Interne  
38 , Boulevard Bir Anzarane  
Maârif - Casablanca  
Tél : 05 22 99 33 34 / 35  
091220640

Date de consultation : 10/12/2019

Nom et prénom du malade : DR. RACHID HADJIA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : /

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 : 11/12/2019

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
10-12-2014	08 Gratuit			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pascale BOY-VUARCHEZ 29 rue de la Doua 69100 VILLEURBANNE 0478 02 10 00	11/01/2020	70,52 €

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

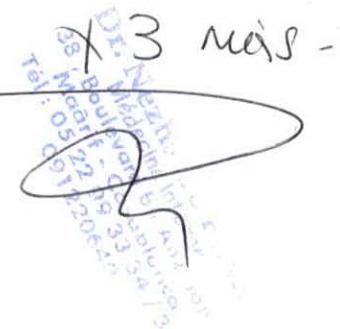
Casablanca le: ٢٠ - ١٢ - ٢٠١٩.

Mme DRIOUICH KHALIDA .

METHOTREXATE ( METOJECT ) 10 mg.

l'injection intramusculaire /

Jeudi

3 mai -  


QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	Bases	HU	TAXS
4	METOJECT 10MG/0,	3400926889050	15,59	-	1,02	0
1	SAL SER 1	Dosis: 4	Dose: 140645	0,51	-	0
1	Honor. dispens.			0,51	-	0
1	Honor. dispens.			3,57	-	0
	HDE					0
	MONTANT TOTAL :	70,52	MONTANT AMD :	0,00	MONTANT ASURE :	70,52
	MONTANT AMC :	0,00				

29 Rue de la Doua  
69100 VILLEURBANNE  
Médecin: MED ETTRANGER Maroc  
Tél: 0478934899  
Code Dr: 4  
6930254123  
Date Drd: 11/01/2020  
Résidence Ennour 38 Angle Bd Bir Anzarane et Rue Ibnou Souraïje  
Mâarif Casablanca - Tél. : 05 22 99 33 34 / 05 22 99 33 35 / Fax : 05 22 99 62 59  
E-mail: nelfihri@hotmail.com

Lot / EXP



05/2021

PC: 03  
SU: 51

- SN: FAINGUUGJ

50

10 / 0,  
Méthot

**DJECT®** 10 mg  
le en seringue préremplie

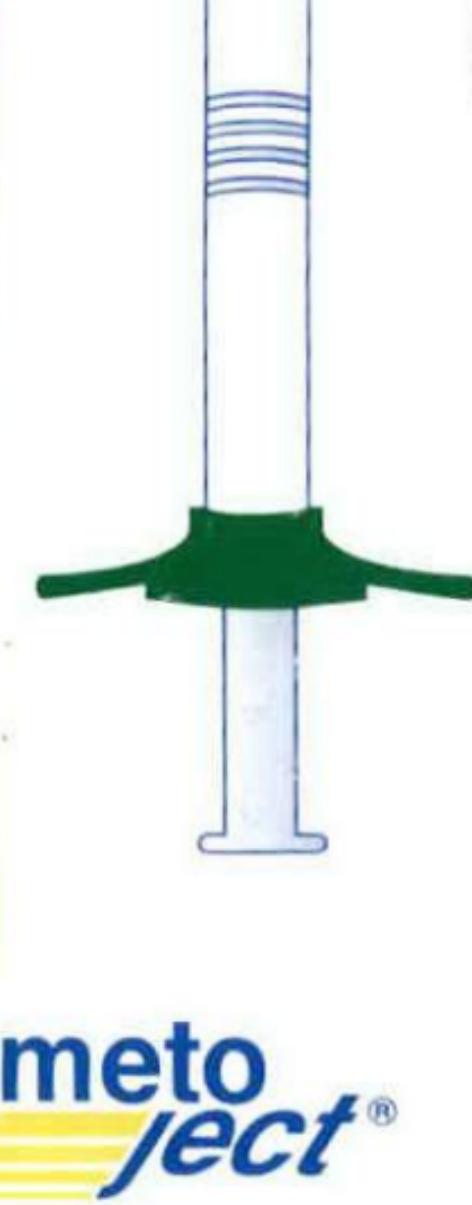
# METO

solution injectable

1 seringue  
ampoule grad

1 seringue préremplie

So  
Aiguille d'i  
Tampo  
in



1 seringue  
+ 1 ampoule grad

Lot / EXP



E190307A

05/2021

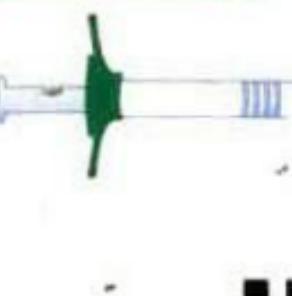
PC : 03400926889050

SN : FATNGOUGJ1

34009 268 890 5 0

**10 mg**  
/0,2 ml  
Méthotrexate

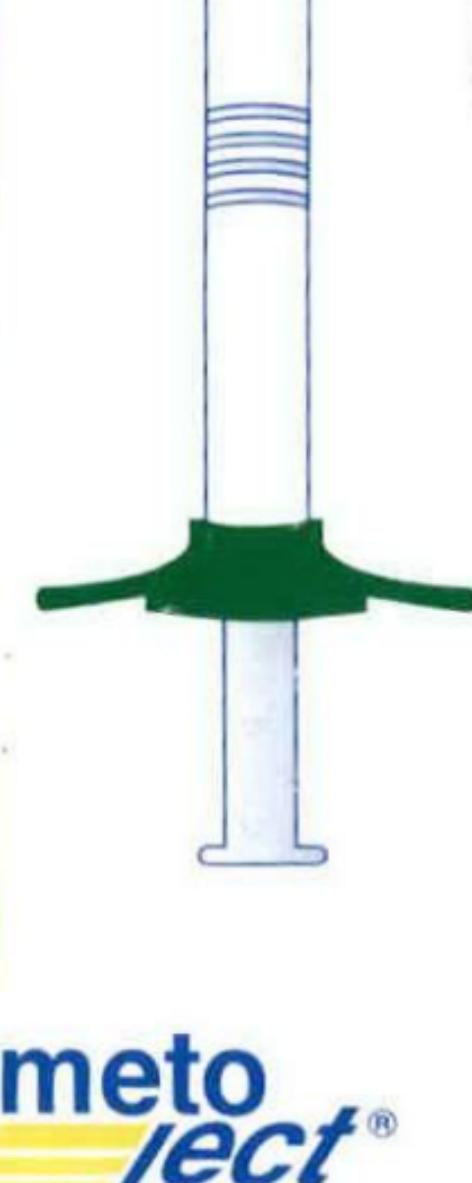
**METOJECT®** 10 mg/0,2 ml  
solution injectable en seringue préremplie



1 seringue préremplie graduée.

Solution injectable.  
Aiguille d'injection SC fixée.

Tampon imbibé d'alcool  
inclus dans la boîte.



**metoject®**

1 seringue  
préremplie graduée.



Lot / EXP



E190307A

05/2021

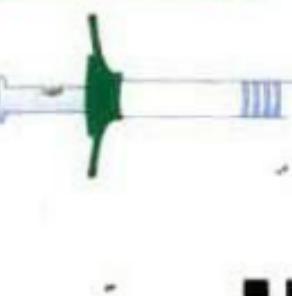
PC : 03400926889050

SN : FATNGOUGJ1

34009 268 890 5 0

**10 mg**  
/0,2 ml  
Méthotrexate

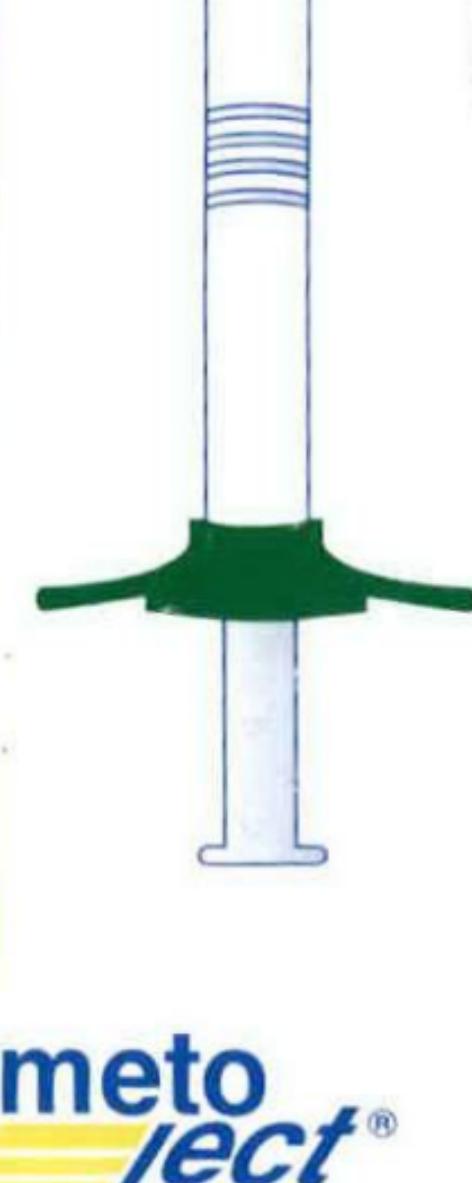
**METOJECT®** 10 mg/0,2 ml  
solution injectable en seringue préremplie



1 seringue préremplie graduée.

Solution injectable.  
Aiguille d'injection SC fixée.

Tampon imbibé d'alcool  
inclus dans la boîte.



**metoject®**

1 seringue  
préremplie graduée.



Lot / EXP



E190307A

05/2021

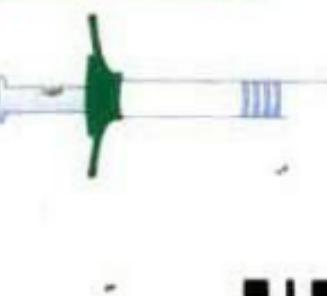
PC : 03400926889050

SN : FATNGOUGJ1

34009 268 890 5 0

**10 mg**  
/0,2 ml  
Méthotrexate

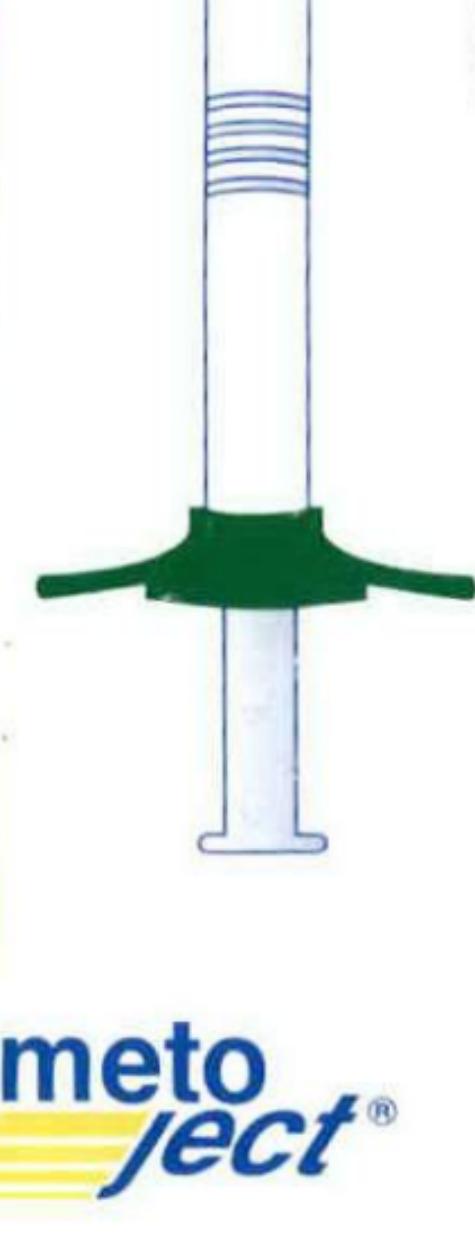
**METOJECT®** 10 mg/0,2 ml  
solution injectable en seringue préremplie



1 seringue préremplie graduée.

Solution injectable.  
Aiguille d'injection SC fixée.

Tampon imbibé d'alcool  
inclus dans la boîte.



**metoject®**

1 seringue  
préremplie graduée.

