

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.

Médecine 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.

Education :

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.

Reprise :

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

clamation	: contact@mupras.com
se en charge	: pec@mupras.com
adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 773 Société : RAM

Nom & Prénom : AZEM MOHAMED

Date de naissance : 1947

Adresse : 44 rue 18 jamila S CD CASABLANCA

Tél. : 066.66.7266

Total des frais engagés : 353540



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/03/2021

Nom et prénom du malade : Azem Amra

Age : 71

Lien de parenté : Soi-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA, ACPA

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 : 103/03/2021

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
02/05/2021	Opct	K/6	230.25	DR. JARDANEH HASSEIN
2021	ECA			Dr. MASSALI HASSAN 386 BD DESS HASSAN BLAYA 20450 CASABLANCA TEL: 05 22 55 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. JARDANEH HASSEIN	21/05/2021	3235,40 D.F.

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

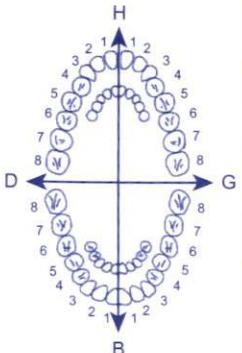
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

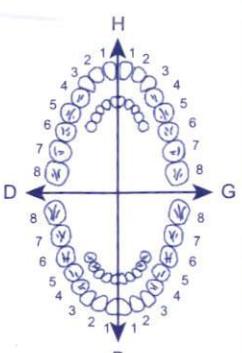
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	B				
	G				

(Création, remont, adjonction)					DATE DU DEVIS	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS						DATE DE L'EXECUTION	

عيادة أمراض القلب والشرايين والظفط الدموي

Docteur JARDANEH Hassan
CARDIOLOGUE

Spécialiste des Maladies du Coeur
des Vaisseaux et de l'Hypertension Artérielle

Diplomé de la Faculté de Médecine de Caen - France
et de Bruxelles - Belgique

Ancien Attaché des Hopitaux de Bruxelles
Ecole de Doppler Couleur Cardiaque



الدكتور حسن جرданه
اختصاصي

أمراض القلب والشرايين والظفط الدموي
خريج كلية الطب بكان - فرنسا

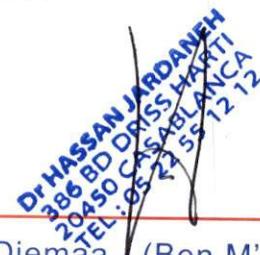
بروكسيل بيلجيما

طبيب ملحق سابق بمستشفيات بروكسيل
فحص القلب بالصدى بالألوان

Casablanca, le

02/09/2021

305.40	Asen Arvin	171.80 x 3
(r)	Coversyl 5 mg	le mardi
129.00	1 g/j	3 mois
+ (r)	Takor 10 mg	
79.00	1 g le soir	3 mois
(r)	Digoxine, 0.25 mg	5.00 x 2
50.06	1/2 g/j	(6/17)
2652.86	Xarelto 15 mg	3 mois
	1 g/j	à mardi
<u>3235.40</u>		3 mois



XARELTO 15 mg
Rivaroxaban
42 cps

P.P.V. : 1326,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090785



6 118001 040117

DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)

30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

XARELTO 15 mg

Rivaroxaban

42 cps

P.P.V. : 1326,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090785



6 118001 040117

DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)

30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

101,80

101,80

UT. AV. : 1 0 . 2 P.P.V

7 9 0 0

LOT N° : 1 2 8 2 9 0 7

149,00

UT. AV. : 1 0 . 2 P.P.V

1 4 9 . 0 0

LOT N° : 1 2 8 2 9 0 7

149,00

101,80