

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03722

Société :

R A M
Retraite

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SERRAR MUSTAPHA

Date de naissance : 25/06/1953

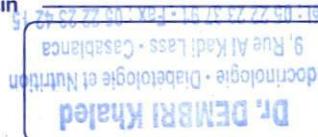
Adresse : 174 Rue El Gouhour 40505 CASA

Tél. : 0661320772

Total des frais engagés : 2106,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11 JUIN 2021

Nom et prénom du malade : SERRAR MUSTAPHA

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/06/21

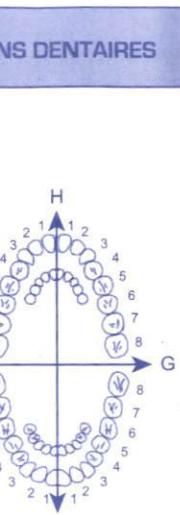
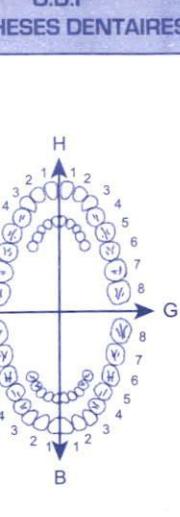
ME
BB

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
13/04/21	U	3000,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Sachet du Pharmacien et Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RECEPTE CHAHLI ZED LADSPBLANC RUE SAINTE EUSTACHE 14 PARIS 75001 01 48 22 61 00	15/04/21	180,66

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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 (Rows 1-10 of the grid)	Nature des Soins (Rows 1-10 of the grid)	Coefficient (Rows 1-10 of the grid)	COEFFICIENT DES TRAVAUX (Empty box for entry)													
				MONTANTS DES SOINS (Empty box for entry)													
				DEBUT D'EXECUTION (Empty box for entry)													
				FIN D'EXECUTION (Empty box for entry)													
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> G B				25533412	21433552	00000000	00000000	D	00000000	00000000	11433553	35533411	
				25533412	21433552												
				00000000	00000000												
				D	00000000												
				00000000	11433553												
				35533411													
COEFFICIENT DES TRAVAUX (Empty box for entry)																	
MONTANTS DES SOINS (Empty box for entry)																	
DATE DU DEVIS (Empty box for entry)																	
DATE DE L'EXECUTION (Empty box for entry)																	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

Docteur Khaled DEMBRI

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition

Echographie
Diabète - Goître - Anorexie - Hypertension Artérielle
Cholestérol - Lipides - Troubles de croissance
Andropause - Ménopause
Traitement complet de l'obésité



الدكتور خالد دمбри

الخصاصي في أمراض العد والسكري والتغذية

الشخص بالصافي
مرض السكري والغدة الدرقية

الضغط الدموي - الكوليستيول - الدهنيات

فقدان الشهية - اضطرابات النمو - البلوغ والجنس

سن اليأس - القمع عند الرجل والمرأة

العلاج الكامل للسممة

Casablanca, Le :

13/09/2021

ضاء، في :
oMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH

6 118001 121298
35674-7
8-9674-73-270-1

100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH
6 118001 121298
35674-7
8-9674-73-270-1

100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH
6 118001 121298
35674-7
8-9674-73-270-1

581,00 + 2uros Trip to Rep

Pharmacie Chahrazad Casablanca
(ex Rue El-Zaouia, 10, Casablanca
Rue Sidi Abdellah, 158 bis
réf 05 22 81 03 35)

45.

ban

le + le

le 50

dw

le 100

14 x 30 = 420

30,00 + 2uros
المغاريف الدار البيضاء - جماعة المغاريف

9, Rue Al Kadi lass au 2ème étage (face
de la commune du mardi)

Tél : 05 22 23 37 91 / Fax : 05 22 23 42 15

Email : kdembri@hotmail.com / khaled1964dembri@gmail.com

LOT : 20E013
PER : 2022

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Kardegic 75 mg. sac b 30
P.P.V : 30,70 DH

6 118000 061847

