

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.

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

Nº P19-0048366
128251

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	<i>037202</i>	Société :	<i>RAM</i>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>SERRAR Mustapha</i>
Nom & Prénom :		<i>SERRAR Mustapha</i>	
Date de naissance :		<i>25/06/53</i>	
Adresse :		<i>174 Rue Eguinouf's AP. 505 CASA</i>	
Tél. :		<i>0661320772</i>	Total des frais engagés : <i>33750 Dhs</i>

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

09/08/2012

Nom et prénom du malade :

SERRAR Mustapha

Age : *59*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 :

CASA

Le : *09/08/2012*

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
08/08/2022	Consultation	300,00		<i>Y. JARMOUNÉS</i>

Y. JARMOUNÉS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/8/22	2950,00
	8/8/22	125,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

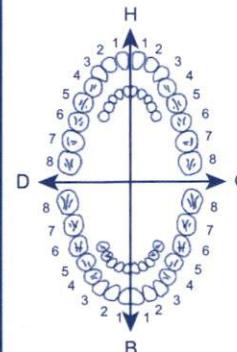
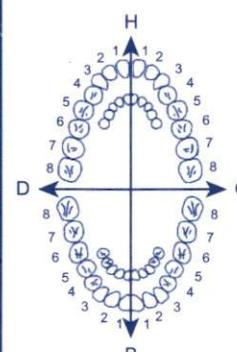
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	
		00000000		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

أتوفر فاستاتين 10 ملغ

Centre

LOT : 1104
PER : 03/24
PPV : 57,80 D LOT : 1104
PER : 03/24
PPV : 57,80 DH

Dr. Yous

Cardiologie Adulite - Enfant

- Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien praticien du CHU de La Timone - Marseille
- Diplôme de cardiologie congénitale et pédiatrique de la Faculté de Marseille
- Diplôme d'Échocardiographie Adulte de la Faculté de Bordeaux - Segalene
- Membre de l'European Association of Cardiovascular Imaging
- Diplôme d'ETO - American Society of Echocardiography

5780x2

1/ TORVA 10MG 30 COMP



1/2 comprimé soir pendant 3 mois

26900x3

2/ COVERAM 10/5



1 cp le matin 03 mois

3960x2

3/ LANZEN 15 MG



1 cp le matin pendant 1 mois

4/novomix

30 ui le matin

8 ui le soir 03 mois

45,20x6

5/ glucovage 850 1 cp 3 fois par jours

Prochain RDV le : 31/08/2022 à 09:00

طب القلب الكبار - الأطفال

دبلوم كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى مرسيليا - فرنسا

دبلوم في أمراض القلب الخلقية وطب الأطفال - كلية مرسيليا

دبلوم فحص القلب بالصدى بيورود - فرنسا

دبلوم طب قلب الأطفال بمرسيليا

عضو الجمعية الأوروبية لتصوير القلب والأوعية الدموية

دبلوم d'ETO - الجمعية الأمريكية لخطيط صدى القلب

08 août 2022

Mr. SERRAR Mustapha

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

8-9674-73-270-2



NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

8-9674-73-270-2



NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

8-9674-73-270-2



295,00

45,20

45,20

39,60



45,20

45,20

45,20

45,20

39, 60

26900

269,00

2690



Dr. Youssef jarmoune

Cardiologie Adulte - Enfant

- Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien praticien du CHU de La Timone - Marseille
- Diplôme de cardiologie congénitale et pédiatrique de la Faculté de Marseille
- Diplôme d'Echoangiographie Adulte de la Faculté de Bordeaux - Segalene
- Membre de l'European Association of Cardiovascular Imaging
- Diplôme d'ETO - American Society of Echocardiography

الدكتور جرمون يوسف

طب القلب الكبار - الأطفال

- دبلوم كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيب مساق بمستشفى مرسيليا - فرنسا
- دبلوم في أمراض القلب الخلقية وطب الأطفال - كلية مرسيليا
- دبلوم فحص القلب بالصدى بيودو - فرنسا
- دبلوم طب قلب الأطفال بمرسيليا
- عضو الجمعية الأوروبية لتصوير القلب والأوعية الدموية
- دبلوم ETO - الجمعية الأمريكية لخطيط صدى القلب

08 août 2022

Mr. SERRAR Mustapha

1/ LIBOSTIM

1 gel le matin 01 mois

125,00



Centre cardiologie 2mars



✉ jarmounyoussef@gmail.com | ☎ 05.22.82.0220 / 05.22.81.93.03

📍 184, Angle BD 2 Mars et BD El Fida, Résidence La Perla Casablanca.
184، زاوية شارع 2 مارس و شارع الفداء، إقامة LA PERLA الدار البيضاء.