

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1909

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUI LOU BRAHIM

Date de naissance : 12/11/56

Adresse : Résidence du Lac Immeuble 10

quartier Mandarona Casab

Tél. : 06 73 17 84 84 Total des frais engagés : 1215,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Imane MARKOUCH
Dermatologue - Vénératologue
Dermatologie Esthétique Cosmétologie
221 Rue 14 Mandarona Ain Chok Casab

Tél: 05 22 87 58 45

Date de consultation : 23 SEPT 2019

Nom et prénom du malade : OUI LOU BRAHIM

Age: 63ans

Lien de parenté : Lui-même

Compagnon

Enfant

Nature de la maladie : Dermose

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 : Casab

Le : 12/11/19

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
3 SEP 2018	65		3000,- Dhs	Dacteur Imane MARRAKCHI Dermatologue et Vénérologue Dermatologie Esthétique, Cosmétologie Laser 24, Rue 14 Mandarona Ain Chok - Casablanca Tél: 05 22 87 58 43

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/19	9.15.16.0
	092058908	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane MARKOUCH

Dermatologue -Vénérologue

Diplomée de l'UFR Pierre et Marie Curie-Paris VI

Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة إيمان مركوش

اختصاصية في أمراض الجلد والتناسل

خريجة كلية بير و ماري كوري باريس 6

طبيبة بمستشفيات باريس سابقا

Casablanca le :

23/09/2019

Monsieur OUTLOU BRAHIM

432,00

VALEX 500 MG CP BOÎTE DE 42

99,20 2cpx03/j x01semaine

NUPENTIN 300 MG GEL

37,00 1gel le soirx03j puis 1gelx02/j x15j

DUOXOL CP

28,80 x 6 = 172,80 1cpx03/j 01semaine

VITANEVRIL FORT CP

1cpx03/j x02mois

SEDACALM CRÈME

97,30 x 2 = 174,60 1appx03/j

DERMOFIX CRÈME

1app/j entre les orteils x01mois

918,60



Composition par gélule:
Gabapentine (DCI) 300 mg
Excipients q.s.p une gélule.
Indications, Contre-indications,
Posologie et Précautions d'emploi :
Lire la notice à l'intérieur.
Tenir hors de la portée et la vue
des enfants.
A conserver à une température
inférieure à 25°C.
يحفظ في درجة حرارة لا تتدنى 25 درجة مئوية.
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

PPV: 99DH20

NUPENTIN® 300 mg
Boite de 30 gélules
Voie orale



6118001300020



Docteur Imane MARKOUCH
Dermatologue -Vénérologue
Dermatologue -Cosmetologue Laser
224, Rue 14 Mandarouna Ain Chok - Casablanca
Tél: 05 22 87 58 43



03401 9 04/24
PPV 99DH20

VAL EX®

Valaciclovir

500 mg



Voie orale

LOT 19006
DATER 07/2021
PPV 432DH00

432,00



42

Comprimés enrobés

١٠٠ ملیون

٣٥٠ جـ٢ مـبـيـه

٦٣

PPW

LOT

PER

2880



١٠٠ ملیون

مکتبہ

٦٣

PPW

LOT

PER

2860



١٠٠ ملیون

مکتبہ

٦٣

PPW

LOT

PER

2860



١٠٠ ملیون

مکتبہ

٦٣

PPW

LOT

PER

2860



PPW

LOT

PER

2880



١٠٠ ملیون

مکتبہ

٦٣

PPW

LOT

PER

2860



Dermofix® Crème 2%

Sertaconazole

Crème dermique

2% Sertaconazole

Tube de 30 g



Crème dermique

Tube de 30 g



87,30

LOT 18006
PER 11/21
PPV 87DH50

87,30

PI 1 37000

Dermofix® Crème 2%

Sertaconazole

Crème dermique

2% Sertaconazole

Tube de 30 g



Crème dermique

Tube de 30 g



87,30

LOT 18006
PER 11/21
PPV 87DH50

87,30

PI 1 37000