

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

iologie 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.

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.

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 : 451

Société : R.A.M

34737

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Rousseti Mohamed

Date de naissance : 12/09/41

Adresse : ALLEE ANDROMÈDE les hopitaux casa

Tél. : 0637 99 67 93

Total des frais engagés : 1069,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed EL AMRANI
Néphrologie Diplôme de l'ULB
Ancien Interne Hôpital Necker
PARIS
252, Bd Ibn Sina, Casablanca
Tél. 05 22 39 13 12

Date de consultation : 27/06/2020

Nom et prénom du malade :

Rousseti MOHAMED

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

I Renale chronique + 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 : 27/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Rousseti

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27/06/2020 | C2 | 200 | 200 | Dr. Mohamed BENABDERRAHMANE Néphrologue Diplômé de l'Institut d'Etat d'Inseption Ancien Interné à l'Hôpital de Casablanca 252, Bd Ibn Sina, Casablanca Tel: 05 22 39 12 12 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|-------------------------------------|------------|-----------------------|
| PHARMACIE AL DAWUD | 27/06/2020 | 8621,60 |

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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|------------------|-------------|---|---|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---|--|--|---|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | G | | | B | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE DE DIALYSE KHEIR

Dr. Mohamed ELAMRANI

Néphrologue diplômé de l'ULB

Ancien interne hôpital Necker - Paris

Membre société française de néphrologie et

De la société européenne de transplantation rénale

الدكتور محمد العمراني

اختصاصي في أمراض الكلى من بروكسل

طبيب داخلي سابق بمستشفى تكير بباريس

عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض الكلى

عضو بالجمعية الأوروبية لغرس الكلى



CASABLANCA, LE

27/06/2020

M R ROUSSI MOHAMED

123,00 X 3

Biomarin 1-0-0

601 60 X 3

CALCIDIOL Padut 1.5ug

49,60

D. ure forte

100.000

0-1-0

28,80 X 1 ampoule / mois
(1 seule boîte)

Vitanur forte 1-1-1

(2) (3 mois de traitement)

Dr. Mohamed EL AMRANI
Néphrologue Diplômé de l'ULB
Ancien Interne Hôpital Necker
PARIS
252, Bd Ibn Sina, Casablanca
Tél: 05 22 39 13 12

05 22 39 13 12 : 252 شارع ابن سينا - الدار البيضاء - الهاتف :
Centre de Néphrologie et d'Hémodialyse KHEIR- 252 Bd Ibnou Sina, Casablanca - Tél.: 05 22 39 13 12
Fax : 05 22 36 72 69 - E-mail : mohamed.elamrani1964@gmail.com -INP : 7195094 -INPE : 091047431

Roussi Mohamed
MLE 451

1) BIOMARTIAL

il contribue notamment

6 111261 530015

Lot : BM14
Exp : 02/2023
PPC : 123Dh

2) BIOMARTIAL

6 111261 530015

Lot : BM14
Exp : 02/2023
PPC : 123Dh

3) BIOMARTIAL

6 111261 530015

Lot : BM14
Exp : 02/2023
PPC : 123Dh

D-CURE® FORTE

PPV: 49,60 DH
LOT: 20D06
EXP: 04/2023

6 1118001 320103

VITANEVRIL® FORT 100 mg ☒
30 comprimés pelliculés

6 1118000 180593

PPV

LOT

PER

VITANEVRIL® FORT 100 mg ☒
30 comprimés pelliculés

6 1118000 180593

PPV

LOT

PER

4) Calcidia®
Granule pour suspension buvable
20 Sachets

PROMOPHARM S.A.

6 1118000 240235

LOT 20004
PER FEV 24
PPV 6 1 DH 6 0

5) Calcidia®
Granule pour suspension buvable
20 Sachets

PROMOPHARM S.A.

6 1118000 240235

LOT 20004
PER FEV 24
PPV 6 1 DH 6 0

6) Calcidia®
Granule pour suspension buvable
20 Sachets

PROMOPHARM S.A.

6 1118000 240235

LOT 20011
FER AVR 24
PPV 6 1 DH 6 0

VITANEVRIL® FORT 100 mg ☒
30 comprimés pelliculés

6 1118000 180593

PPV

LOT

PER 28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg ☒
30 comprimés pelliculés

6 1118000 180593

PPV

LOT

PER

VITANEVRIL® FORT 100 mg ☒
30 comprimés pelliculés

6 1118000 180593

PPV

LOT

PER

VITANEVRIL® FORT 100 mg ☒
30 comprimés pelliculés

6 1118000 180593

PPV

LOT

PER

VITANEVRIL® FORT 100 mg ☒
30 comprimés pelliculés

6 1118000 180593

PPV

LOT

PER 28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg ☒
30 comprimés pelliculés

6 1118000 180593

PPV

LOT

PER

28,80

28,80

28,80