

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.

N° W19-456080

MD: 39459

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 00683		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AOUAD M'HAMED			
Date de naissance : 11-12-1943			
Adresse : 256 B-2 BORDEAUX ETG 5 APP 10 CASABLANCA			
Tél. : 06 63 18 80 44 Total des frais engagés : 121,50 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : AOUAD M'HAMED Age : _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Urolithiasis			
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** Signature de l'adhérent(e) : 
Le : **20/10/2020**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HARMACIE MY. YOUSSEF Salma CHOUFI D'OUAZZANE Docteur en Pharmacie 139, Boulevard My. Youssef CASABLANCA - Tél : 05 22 22.27.22</p>	2019/08/20	381,50

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

A.M.

Casablanca, le 07/08/20

AOUAD M HAMED
é le : 11/12/1943



N
C



109,70

Compr 1,4

Tylenol



149,50

Strengow 500



Tylenol



149,50

Strengol 1000

Tylenol

17,80

B.A SEN



321,50

2g + Sh

PPV: 47,80
EXP: 07/08/20
Lot N°:



Professeur EL MRINI Moha
Chirurgien Urologist
76 Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél : 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25

Professeur EL MRINI M
Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

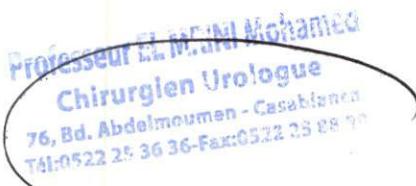
أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية
عضو الجمعية العالمية لجراحة
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le 16 JUIL 2020

Cher ami

Première audience u
Savons Mohamed V CPT
d' le vendredi 12 juillet
de 14h00

h u m e r



76, Bd abdelmoumen, 3ème étage, Casablanca
Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80
Tél.: 06 06 99 39 20

■ 76 شارع عبد المؤمن الطابق الثالث الدار البيضاء
E-mail : melmrini@hotmail.com

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

Facture N° 09474/20

CASABLANCA Le : 20-07-2020

A. Identification

N° Dossier : CJO20G20110930

N° Identifiant : 028898/20

Nom & Prénom : M. AOUAD M HAMED

C.I.N : B140241

Adresse : CSAA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 20-07-2020

Date Sortie : 20-07-2020

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. ANESTHESISTE REANIMATEUR (ANESTHESISTE REANIMATEUR)		250,00			250,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						Total Rubrique :
Arrêté la présente facture à la somme de :						250,00
DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS						250,00
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :						TOTAL GENERAL
						250,00

Cachet et Signature

ID : AOUAD M HAMED

Fréq. ventr. 71 bpm
Durée QRS 138 ms
QT/QTc 410/445 ms
Intervalle PR 146 ms
Durée P 104 ms
Intervalle RR 845 ms
Axes P-R-T 73 -27 -10

Rythme sinusal avec Extrasystoles auriculaires
de forme bigéminée
Bloc de branche droit complet (BBD)
ECG anormal

M. AOUAD M HAMED

Né le : 11/12/1943



CJ020G20110930

MAC600 1.02

12SL™ v239

MAC600 1.02

12SL™ v239

GE

MAC600 1.02

ID :

20-jul-2020 12:11:04

