

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.

diologie 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.

tique :

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 |

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5669

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MEKKI BERRADA LATIFA

Date de naissance : 08/08/1960

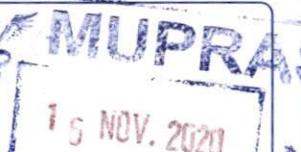
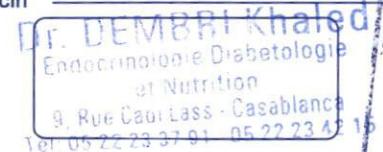
Adresse : 26, Rue Farnane ALLOUJI Bourzougne
CASA

Tél. : 0661312497

Total des frais engagés : x 184,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Dr. Khaled Berrada

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

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 : 13-11-20

Le : CASABLANCA

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11-11-20 | g | 200 | | <i>[Handwritten signature over a stamp reading "DÉCLARATION DE PAYER" and "Endossement de la facture par le Médecin" with address "9, Rue Caillot 38000 Grenoble" and phone "tel: 04 76 23 31 05 - 01 23 42"]</i> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------------|-----------------------|
| <i>[Circular blue stamp of 'PHARMACIE AL FARABI' with address 'Bd de Bourgogne 35601098 - Tél: 05 22 27 35 82 INPE 092004633']</i> | 11-11 2020 | 434,80 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

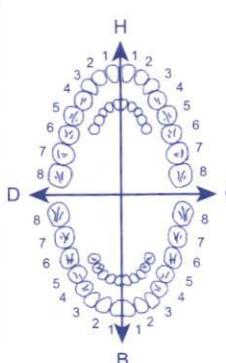
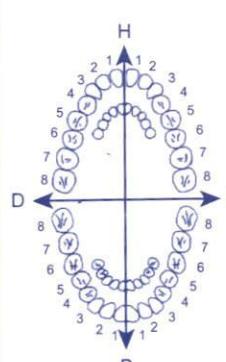
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|---|---|--|-------------|--|
|  | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DÉBUT D'EXÉCUTION |
| | | | | FIN D'EXÉCUTION |
| | | | | |
| O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | Coefficient des Travaux |
|  | H | 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G | 21433552 00000000 00000000 11433553 |
| | B | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXÉCUTION |
| | | | | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Khaled DEMBRI

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition

الدكتور خالد دمбри

الاختصاصي في أمراض الغدد والسكري والتغذية

Echographie

Diabète - Goître - Anorexie - Hypertension Artérielle

Cholestérol - Lipides - Troubles de croissance

Antropométrie - Métroplasme

Traitement complet de l'obésité



Casablanca, Le :

11 / M / 22

الفحص بالصدى
مرض السكري والغدة الدرقية
الضغط الدموي - الكوليسترون - الدهنيات
فقدان الشهية - اضطرابات النوم - البلوغ والجنس
سن اليأس - الـ ...
المرأة



6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102020
Levthyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levthyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 0

6 118001 102020
Levthyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levthyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

(N.S.)

7862160342

28 comprimés pelliculés
COTARGE 80/12,5 mg
6 118001 030125

6 118001 030125
Levthyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levthyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

نبارك الفاضل ابراهيم، الطابق الثاني، المعاريف - الدار البيضاء - جماعة المعاريف
9, Rue Al Kadi lass au 2ème étage (face école Bienfaisance à côté
de la commune du maârif) - Casablanca

Tél : 05 22 23 37 91 / Fax : 05 22 23 42 15 / GSM (si urgence) : 06 61 63 32 50

Email : kdembri@hotmail.com / khaled1966dembri@gmail.com - Site Web : www.dembri-

6 118001 102020
Levthyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

Cotarif 80/125 AS

144, le 20/01/

$$153,00 \times 2 = 306,00 \text{ Jés}$$

~~B. BENAISSIENNE
Endocrinologie - Diabetologie~~

~~et Nutrition~~

~~9, Rue Cadiz - Casablanca
Tél.: 0522 03 37 91 - 0522 23 42 15~~

434,80

 **Pharmacie AL FARABI**
LAHBABI Amina
45, Bd de Bourgogne - Casablanca
Tel: 0522.27.35.82
TP: 35601098 - ICE: 001654187000019
INPE 092004639