

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

Biologie 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.

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

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 : 01872

Société : RAM 56795

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAHMAN Mohamed

Date de naissance :

01.01.1953

Adresse :

J. LAALOU RUE 16 CO.

Tél. : 0667437933

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16.11.2020

Nom et prénom du malade : RHANIFI NASSIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : 16.11.2020

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
16.11.20	C+ECG		250DH	DR HASSANABDEL AZIZ Dr Neda Guedira 05.11.2020
08.12.20	C		G	DR HASSANABDEL AZIZ Dr Neda Guedira 05.12.2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE	16/11/20	1419160

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIRES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABO DISPERSEUR	03 DEL 2020	B6 (orthod) 600,00	- Rédu

AUXILIAIRES MEDICAUX

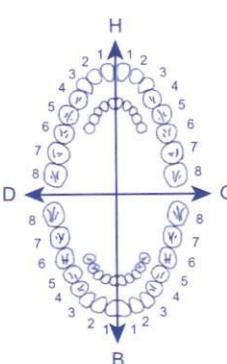
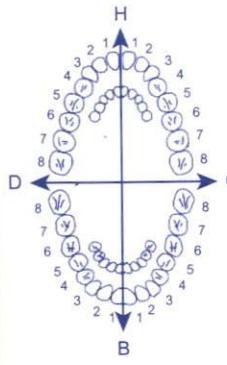
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				Coefficient des Travaux
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
H	25533412 00000000	21433552 00000000		DATE DU DEVIS
D	00000000 35533411	00000000 11433553		DATE DE L'EXECUTION
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الد

LOT 202073
EXP 09 2024
PPV 31.30

LOT 202073
EXP 09 2024
PPV 31.30

LOT 202073
EXP 09 2024
PPV 31.30

208,00 & en Echographie de
os et des articulations de

خص بالصدى من جامعة

- Diplômé en Gériatrie de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Dermatologie interventionnelle de l'hôpital Militaire de Rabat

Tél. : 05.22.55.64.60 08.12.2020
GSM : 06.61.77.02.02

05.22.55.64.60
06.61.77.02.02

Mme RHANIMI Najia

Casablanca, le



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

9603012982
1 102013

ox® 50µg,
sécables B/30
PPV: 13,40 DH

9603012982
1 102013

1 LEVOTHYRQX 50

Prendre 1 comprimé le matin, avant

3130 x3

2 ZYLORIC 200

1 le soir, après le repas.

11680 x3

3 LIPANTHYL 160

Prendre 1 gélule le soir,

70800 x3

4 COVERAM 5 MG 3 MG

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois.

7875 x3

5 DIAMICRON 60 MG LM

Prendre 2 comprimés le matin, avant le repas, pendant 3 mois.

7500

6 KALEST

Prendre 1

149,60

repas, pendant 1 mois.

LOT 201065
EXP 04/2023
PPV 75.00DH

Dr Abdelaziz HASSE

3 AL AHRAM
khalid alahrizi
Cite Djemaa
Dr. en Pharmacie
7257 88 98

78,70

DR HASSANAIN ABDELAZIZ
Medecin

Bd Reda Gaedra N° 214 CD

Casablanca

G.S.M. : 06 61 77 02 02

شارع رضى أكذيرة (شار
921000091

78,70

الدكتور عبد العزيز

طبيب سابق بالدار

مونتولى بفرنسا

- دبلوم أمراض السكري والفحوصات

- دبلوم أمراض العظام والمفاصل من جامعة بوردو

- دبلوم في علاج الأشخاص المسنون من جامعة بوردو

- دبلوم في الجراحة الجلدية من المستشفى العسكري بالرباط

الهاتف : 05.22.55.64.60

المتنقل : 06.61.77.02.02

Mme RHANIMI Najia

Casablanca, le الدار البيضاء، في

1 DOLIPRANE 500 MG VIT C

Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir, après le repas.



2 AZIMYCINE 500

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 jours.



Puis

Prendre 1/2 comprimé par jour après le repas pendant 6 jours

Dr Abdelaziz HASSANAIN

PHARMACIE AL AHRAM
 105, Bd Abdellah Lahiri
 Hay El Hachemite Djemaa
 Casa - Tél : 05 22 57 88 98
 SHAKKAT Radid Dr. en Pharmacie

DR HASSANAIN ABDELAZIZ

Medecin

Bd Reda Guercra N° 214 CD

Casablanca

G.S.M. 06 61 77 02 02

شارع رضى أكذيرة (شارع النيل سابقا) رقم 214 قرية الجماعة - الدار البيضاء

INPE : 091074518 - ICE : 001651921000091



مختبر التحاليل الطبية
مستوصف جميلة (4)

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
DISPENSAIRE JAMILA "4"

110, Rue El Bachir Belhoucine (Ex 89), Jamila 4
Cité Djemâa en face Cimetière Sebata
Derrière terrain "Ba Mohammed" - Casablanca
Tél./Fax : 05 22 29 14 60

ICE : 001677978000093
INPE : 93000222

BERRADA FATHI Khalid
Docteur en Pharmacie-Biologiste

Facture N° : 8259/2020

Date : 05/12/2020

Analyses Médicales effectuées Le 03/12/2020

Prescription Du Docteur HASSANAIN ABDELAZIZ

Pour RHANIMI NAJIA

Réf : 1JL310569



Bilan :

NFS VS TSH HBA1C AU CREA CHOL HDL LDL TRI

Cotation : B 650 + Prelevement

Montant Net : 600 Dhs

NFS	80	HDL	50
VS	30	LDL	50
TSH	200	TRI	50
HBA1C	100		
AU	30		
CREA	30		
CHOL	30		

