

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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 canaux, 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 canaux.

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044288

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10366 Société : 21809

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDOUA HASSAN

Date de naissance : 22/11/1955

Adresse : LOT 26 HAM Rm 7 N°57 H4 CASA

Tél. : 0518220975

Total des frais engagés : 827,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/02/2020

Nom et prénom du malade : BENDOUA HASSAN Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : LIROLOGIQUE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

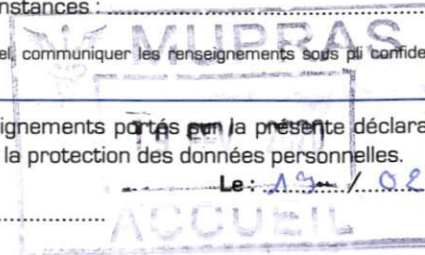
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 19/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
17/02/20	Consult	3	300,00	
31/01/20	Consult		800,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17/02/20 522,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS																						
			DATE DU DEVIS																						
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور رضا الحلاوي

Docteur Réda HALLAOUI

طبيب أخصائي

في أمراض وجراحة الكلي والمسالك البولية
الفحص والجراحة عبر المنظار، تفتيت الحصى، السيلان البولي
جراحة البروستاتا و الجهاز التناسلي للرجل
الاضطرابات الجنسية و العقم عند الرجل
الختانة - الفحص بالصدى

Chirurgien Urologue - Andrologue

(Maladies et Chirurgie de l'Appareil Urinaire (reins, Vessie

Incontinence Urinaire, Lithotripsie Extracorporelle

Maladies et Chirurgie de la Prostate

Chirurgie Génitale, Stérilité Masculine & Impuissance Sexuelle

Circconcision - Sexologie - Echographie

Laparoscopique & Endoscopique

Casablanca, le : 17/02/2020

Bendoula Hassan
89,90 x 2

blei (S.V.)

49,90 x 2 (20.1)
P x 38

Vol Hart (S.V.)

1527,70 x 38 (20.1)

Dr. REDA HALLAOUI

MEDECIN SPECIALISTE

CHIRURGIEN UROLOGUE

ANDROLOGUE

76, Bd. Grande Ceinture

76, Bd. Grande Ceinture, Résidence Al Khair (à côté Kissariat Aziza) Hay Mohammadi - Casablanca

Fixe: 0522 62 51 52

Tél.: 05 22 62 51 52 - URG: 06 61 09 17 07

E-mail: dr.hallaoui@gmail.com

VEIN UP

LOT: 150208

DLUO : 12/2021

PPC : 89.90 DH

PHARMA CONNECT

VEIN UP

LOT: 150208F

DLUO : 12/2021

PPC : 89.90 DH

PHARMA CONNECT

الدكتور رضا الحلاوي

Dr Réda HALLAOUI

طبيب أخصائي

في أمراض وجراحة الكلي والمسالك البولية
الفحص والجراحة عبر المنظار، تفتيت الحصوات
جراحة البروستاتا والجهاز التناسلي للرجل
الاضطرابات الجنسية والعقم عند الرجل
الختانة - الفحص بالصدى

Chirurgien Urologue - Andrologue

(Maladies et Chirurgie de l'Appareil Urinaire (reins, Vésie)
Incontinence Urinaire, Lithotripsie Extracorporelle

Maladies et Chirurgie de la Prostate

Chirurgie Génitale, Stérilité Masculine & Impuissance Sexuelle

Circoncision - Sexologie - Echographie

Laparoscopique & Endoscopique

Casablanca, le : 17/02/2020

Dr Bendoula Hassan

PSA

généraliste

Dr. REDA HALLAOUI
MEDECIN SPECIALISTE
CHIRURGIEN UROLOGUE
ANDROLOGUE
76, Bd. Grande Ceinture
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél: 0522 62 51 52
Fax: 0522 62 51 52

76, Bd. Grande Ceinture, Résidence Al Khair (à côté Kissariat Aziza) Hay Mohammadi - Casablanca

Tél.: 05 22 62 51 52 - URG : 06 61 09 17 07

E-mail : dr.hallaoui@gmail.com

6 118001 031016
VOLTFAST® 50 mg
Poudre pour
solution orale
PPV : 49.70 Dhs

6 118001 031016
VOLTFAST® 50 mg
Poudre pour
solution orale
PPV : 49.70 Dhs

6 118001 031016
VOLTFAST® 50 mg
Poudre pour
solution orale
PPV : 49.70 Dhs

6 118001 031016
VOLTFAST® 50 mg
Poudre pour
solution orale
PPV : 49.70 Dhs

6 118001 031016
VOLTFAST® 50 mg
Poudre pour
solution orale
PPV : 49.70 Dhs

6 118001 031016
VOLTFAST® 50 mg
Poudre pour
solution orale
PPV : 49.70 Dhs

6 118001 031016
VOLTFAST® 50 mg
Poudre pour
solution orale
PPV : 49.70 Dhs