

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

(23d9)

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03259

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAMZAOUI abdelmjalik

Date de naissance : 06-08-53

Adresse :

Tél. : 06 76 99 77 17

Total des frais engagés :

372,02

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27 FEB 2020

Nom et prénom du malade : EL HAMZAOUI abdelmjalik Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

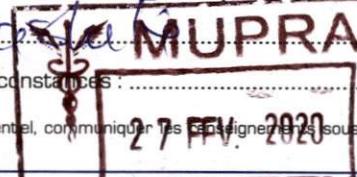
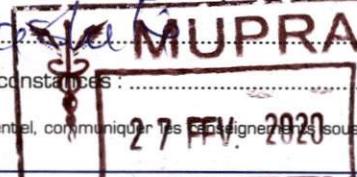
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casab

Le : 27/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL

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 Rejetement des Actes
27 FEB 2000	2		20000	Handwritten signature and stamp: "REJETÉ" (Rejected)

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Handwritten signature: "Pharmacie KATI"	27/2/2000	17200

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		B	35533411	11433553		
	H			D			G		B				
	H			D			G		B				
	H			D			G		B				
	H			D			G		B				
	H			D			G		B				
	H			D			G		B				
	H			D			G		B				
	H			D			G		B				
[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													

Docteur Saïd GZOULI

الدكتور سعيد الكزوولي

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

EL HASSAN 24000 Agdal Meknès

Casablanca, le : 27 FEB 2020 الدار البيضاء، في :

SYNTHEMEDIC
22 rue souleymane al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr QR
Boîte 14

641/150MP/21/NRQ P.P.V : 123,60 DH
6 118001 020607

CIE
ENT
غا
 Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.
Tenir hors de portée des enfants.
Fabricant titulaire de la licence au Royaume Uni:
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, H
Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont de
marques de commerce.
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.
AMM N°205/15 DMP/21/NNP
PPV: 48 DH 40



919784
DOM: 06/2019

1. Tonicum 40
123,60

2. Gaviscon Advance
40,00
172,00

3. Tonicum 40

PHARMACEUTICALS
DISTRIBUTOR
KEM

الدكتور سعيد الكزوولي
طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com