

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.

ologie 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

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.

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

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **00863**Société : **R.A.M.****U1200** Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : **VEVVE SAID Lankarji Soudia**Date de naissance : **11.11.1940**Adresse : **63, Rue Oulad Yacoub
Let. App 19, 2 Ben Yousra Casablanca**Tél. **0522 64 30 15**, Total des frais engagés : **1055,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **17/SEP/2020**Nom et prénom du malade : **SAID Soudia**, Age :Lien de parenté : Lui-même Conjoint EnfantNature de la maladie : **H.T.**

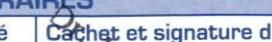
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

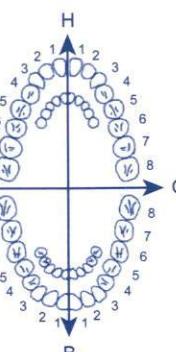
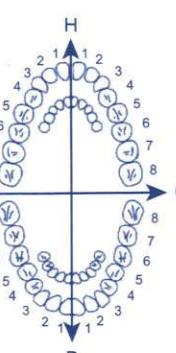
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 **Centre Allal Ben Abdellah**Le : **22/09/2020**

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
11 SEP. 2020	GRIFF	-	300 Dhs	 Hamza BENNOUNA Cardiologue 161, Rue Abdelmoumen CASABLANCA 05 22 80 39 39 / 3

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 <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									Nature des Soins <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									Coefficient <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS																																																																																																																													
DEBUT D'EXECUTION																																																																																																																													
FIN D'EXECUTION																																																																																																																													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																																																																																																
		H	G																																																																																																																										
		25533412 00000000	21433552 00000000																																																																																																																										
		D	G																																																																																																																										
		00000000 35533411	00000000 11433553																																																																																																																										
		B																																																																																																																											
		MONTANTS DES SOINS																																																																																																																											
		DATE DU DEVIS																																																																																																																											
DATE DE L'EXECUTION																																																																																																																													

الدكتور حمزة بيتو

خريج كلية الطب بناسسي (فرنسا)

ال اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبیب سابق بمستشفيات نانسی

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (ناني)

خريج في طب المستعجلات بناسنسي

17 SEP, 2020

الدار البيضاء، في : Casablanca, le :

A handwritten prescription for Sandoz Sandoz 15 mg tablets. The prescription includes:

- 1f Sandoz 15 mg tablets
- 175,20⁺³
- STARVAL 160
- 60,00⁺³
- MEDIVENE 600
- 49,60
- 3 CURE 1000
- 755,20

The prescription is dated 15 Ramada 1427 H. It is signed by Dr. Hamza BFM, Cardiologist, Bd Abdelmoula, Casablanca, Le Comptoir, and Harmachis.

PPV : 175DH20

PPV: 49,60 DH
LOT: 20B06
EXP: 05/2023

Sandoz 15 mg tablets

Dr. Hamza BFM
Cardiologist
Bd Abdelmoula
Casablanca, Le Comptoir
Harmachis

إقامة هشام، زاوية شارع عبد المؤمن ونسمة عبد المالك أبو مروان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39
Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abou Marouane - CASABLANCA
Tél. : 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38 - Urgences : 06 61 16 96 78 - E-mail : bennouannahamza@yahoo.fr