

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Radiologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Matricule : 0749 Société : RAM

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom : N° SOUHAÏL Abdallah

Date de naissance : 01/07/1934

Adresse : 1 Hora Rue LAQUAQ Fesme Butre

CASABLANCA. MAROC

Tél. : 0658 926336 Total des frais engagés : 1816,70 Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/01/2014

Nom et prénom du malade : Souhaïl Abdallah Age: 89

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA Cardiopathie ischémique

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 : CASABLANCA

Le : 29/01/2014

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
25/01/2016	CH + FEU		350,00	Dr Ghita BENHAYOUN Cardiologue 82, Rue Moussa Beno Noussair 1er Etage - Casablanca Tél: 0522 26 02 50 - GSM: 0661 43 05 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INPE: 9202359	25-11-24	14,66,75

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

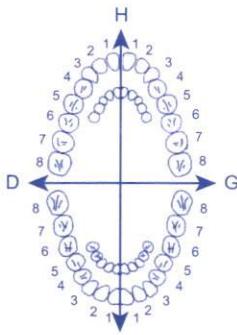
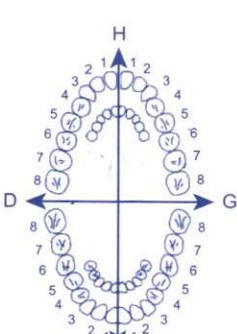
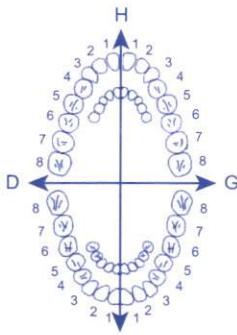
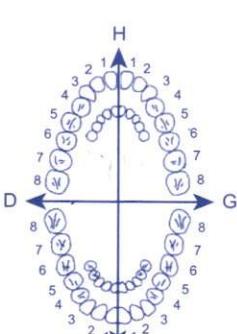
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient des travaux										
				Montants des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des travaux
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins										
				Date du devis										
				Date de l'exécution										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ghita BENHAYOUN

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
D.U Echocardiographie
de la Faculté Victor Segalen Bordeaux II
D.U cardiologie pédiatrique
de la Faculté René Descartes Paris V



د. غيثة بن حيون

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

دبلوم الفحص بالصدى بكلية بوردو II

دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس VII



M^R Souhail Abdellali

~~35,30x3
10x1,10~~

D Blaizeqè 160

0 - 2 - 0

~~20,80x4
8,50x5~~

2) Contraire S

1 C

~~52,30x4
25,48~~

3) Tenu mure 100

1 0

A.S.V

A.S.V

A.S.V

4) 80 cor des
~~33,60x3
29,2,8~~ au centre de 20

0 - 0 - 1

Dr. Ghita Ben Hayoun
Casablanca
Bnou Noussair
Tél : 05 22 260 250 / 05 22 48 20 14 • Fax : 05 22 48 20 14 • GSM : 06 61 43 05 60 • ghitabenhayoun@yahoo.fr

82, Rue Moussa Ibnou Noussair, 1er étage, Casablanca

Tél. : 05 22 260 250 / 05 22 48 20 14 • Fax : 05 22 48 20 14 • GSM : 06 61 43 05 60 • ghitabenhayoun@yahoo.fr

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28
P.P.V:58DH70
PER.:04 2026

6 118000 011590

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V:58DH70

6 118000 011590

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V:58DH70

6 118000 011590

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V:58DH70

6 118000 011590

208100

208100

208100

208100

PPV:97DH60
PER:08/25
LOT:M2829-2

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V:35DH70
PER.:04 2025

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V:35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V:35DH70

6 118001 081189

PPV:97DH60
PER:08/25
LOT:M2829-2

PPV:97DH60
PER:08/25
LOT:M2829-2