

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

armacie :

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.

ique :

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.

ntaire :

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 reprise de soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.~~

ladie 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'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0009493

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11175

Société : RAM 48938

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BAYA elk

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Parent 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M20-09493

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 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 Chronique Durée AID et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les mois.

Adresses Mails utiles

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

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

Nº W19-473070

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4470

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 13 03 84 20

Total des frais engagés :

1060,05 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e)

Le : 26/11/2020



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
02 OCT. 2020	CS		gratuit	INPE 091363574
14 OCT. 2020	Gen/Orth		G	Dr. Houssam El Alali s'occupe de la famille de Dr. Orhan Aman. Dr. El Alali est un chirurgien orthopédique et il a fait une opération de la hanche à Dr. Orhan Aman. Dr. El Alali a été payé par Dr. Orhan Aman.

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Dr. ZUIDI Hafida Lot Caisse N°03 Dakarpharma - Sénégal Tél: 00221 33 340 5115 Email: cokid1072020@gmail.com</p>	21/09/2020	140,25
		9 19,85

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	INP : <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D 00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B 00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D 35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D 00000000		00000000	B 00000000		00000000	D 35533411		11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	D 00000000		00000000																
	B 00000000		00000000																
	D 35533411		11433553																
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

الدكتور حسام بويرمان
Docteur Houssam BOUYARMANE

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
جراحة اليد - جراحة الركبة
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie de la Main - Chirurgie du Genou
Expert en Évaluation des Dommages Corporels



LE 14/10/2020

DEPO-MEDROL 80MG/2ML INJ
Laboratoires
pfiher S.A.

SAYAGH BADR

LOT/EXP.:

DN8026
11/2024
P.P.V:37DH70

37.70

1/ DEPOMEDROL 80

1 - 0- 0 Après repas pendant 10 jours

2/ OSTENIL PLUS *

1 BOITE

882.15

910.85

OSTENIL PLUS
PPC: 882,15 DH TTC

36, Boulevard du 9 Avril 2022
Casablanca - Tel : 0522 2522
pharmaciedelouvre@gmail.com

الدار البيضاء
Dr. Houssam BOUYARMANE
جراحة العظام و المفاصل
جراحة اليد - جراحة الركبة
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie de la Main - Chirurgie du Genou
71, Bd. d'Anfa - Tel : 0522 200 245

4 028694 000294
53292200077

71, Bd. d'Anfa - Casablanca الدار البيضاء
Tél. : 0522 200 245 - Fax : 0522 200 681 - orthocasa@yahoo.fr -

الدكتور حسام بويرمان
Docteur Houssam BOUYARMANE

HB

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
جراحة اليد - جراحة الركبة
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie de la Main - Chirurgie du Genou
Expert en Évaluation des Dommages Corporels

LE 02/10/2020

SAYAGH BADR

57100

1/ ANAPRED 20

3 - 0 - 0 Avant repas pendant 7 jours

53100

2/ RELAXOL

2 - 0 - 2 Après repas pendant 7 jours

30000

2/ OEDES 20

1 - 0 - 0 Avant repas pendant 7 jours

T2 ٢٤٥٠, ٢

Anapred 20 mg
30 Comprimés
Deva Pharmaceutique
6 118000 410027

LOT : MO 340
PER : 04/2022
PPU : 57, 100D

RELAXOL 500 MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
LOT : 2020E013
PER : 03/2023
6 118000 060833

LOT 191739
EXP 07/2022
PPV 30.00 DH

OEDES 20mg
7 gélules

6 118001 100064

Dr. Houssam BOUYARMANE
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie de la Main
71, Bd. d'Anfa