

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

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| 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 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

N° = 20078

Déclaration de Maladie : N° P19- 0000033

 Maladie
 Dentaire
 Optique
 Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)

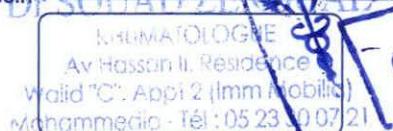
Matricule : 11054 Société : R.A.M

 Actif
 Pensionné(e)
 Autre :

Nom & Prénom : HABIB ALLAH NEHOI Date de naissance : 01/06/75

Adresse : ACCRA - GHANA

Tél. : 06.99.90.88.38 Total des frais engagés : 250 + 100 + 100 Dhs

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :


Date de consultation 20 Nov 2019

Nom et prénom du malade : HABIB ALLAH Mehdi Age : 44

Lien de parenté :

 Lui-même
 Conjoint
 Enfant

Nature de la maladie :

Affekt rhumatologique

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 : CA SA

Signature de l'adhérent(e) : Mehdi

Le : 06/06/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
20/11/2019	Q		250,00	<p>DR SOUADE ALI INSTITUT D'ORTHOPÉDIE A. CHAMONIX 1830000000 Wallé "C". Appt 2 (immobilisé) Monomedia - Tél: 05 23 30 07 21</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE DU PONT NEUF 2, rue du Pont Neuf - 75001 Paris Tél: 01 42 33 65 50 - Fax: 01 42 33 64 20 E-mail: pharmapontneuf@wanadoo.fr 75 2 04 23 30 07 21	20/11/2019	9,00 (Atropine) G 222,10

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
		A M	P C	I M	I V	

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 00000000 35533411	
	00000000	00000000	11433553	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

BECIDOUZE®

20 dragées

PPV 350H10

EXP 08/2022

LOT 93003 2

BECIDOUZE®

20 dragées

PPV 350H10

EXP 08/2022

LOT 93003 2

BECIDOUZE®

20 dragées

PPV 350H10

EXP 08/2022

LOT 93003 2

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations

Maladies des Muscles et de la Colonne Vertébrale

Ancienne Attachée associée des Hôpitaux de France

* Sur Rendez-vous *

خريجة كلية الطب بباريس
اختصاصية في الروماتيزم
أمراض العظام و المفاصل و العضلات
أمراض العمود الفقري
طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا
* بالموعد *

Mohammedia, le : 20/11/2019 : المحمدية، في :

Mr. HABIB ALLAH Mehd

Pharmacie EL HAMDOULLAH
Dr. ZAIDI Hafida
Lot Anssari N°123
Dar El Hauza - Casablanca
Tél: 05 22 29 09 49

1/ Atepadene X
Seps 3/1j x 1mois
Corbancyl 5mg
22,30 3/1j x 1mois | 22,80

2/ Cortizone 10% pris cap / j x 20j
35,10 + 3,10 x 20j | 73,00

3/ Becidouze
500 mg Seps 3/1j x 1mois

4/ Mydoflex
Seps 3/1j



PHARMACIE DE LA BIBLIOTHEQUE

Mme WIRTH

75 2 03384 5

19 Rue Olivier Messiaen

75013 PARIS

Tel: 0145839553

Ordonnance: 20/11/19

Delivrance: 06/12/19

Vendeur: ET

Facture no : 418490

Malade : HABIB ALLAH

135983 Mehdi

Medecin: MEDECIN 75

751999996

ATEPADENE®
30 mg

Adénosine triphosphate

30 Gélules

LÉLABORATOIRE X.O.

Qte---P.unit-Cip-----Designation-----Base---Hon.--taux---Ordo--
1 9,20 3400922031507 ATEPADENE 30MG TUBE GELULE 30 9,20 0,00 0%

TOTAL GENERAL: 9,20 TOTAL ASSURE: 9,20

TOTAL R.O.:

TOTAL R.C.:

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL

ATEPADENE®
30 mg

Adénosine triphosphate

30 Gélules

LÉLABORATOIRE X.O.