

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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

entaire :

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 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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3103

Société : RAY

838666

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMDOUN M'hammed

Date de naissance : 4/14/1956

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 64 684943

Total des frais engagés : 1482,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAMDOUN M'HAMMED

Age : 45

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : CMS, HTA

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 : CPA

Le : 01/10/12

Signature de l'adhérent(e) : Hamoud

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
31/08/21	act	55	200000	Docteur Ahmed Cardiologiste Dakha-Jamia 10821 Tel: 022-291312-Cas
31/08/21	act	2000		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAKHA-JAMIA	31.08.21	1182,00

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX																		
 O.D.F PROTHESES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS																		
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			DEBUT D'EXECUTION
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				FIN D'EXECUTION																		
MONTANTS DES SOINS				DATE DU DEVIS																		
DATE DE L'EXECUTION				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed BIDANI

CARDIOLOGUE

Spécialiste des Maladies du coeur - Vaisseaux

Circulation Sanguine

Hypertension Artérielle - Électrocardiographie

Holter ECG - Holter - Tensionnel (MAPA)

Echo Doppler Couleur Cardiaque

الدكتور أحمد بيداني

اختصاصي في أمراض القلب

الشرابين - الدورة الدموية

ارتفاع الضغط الدموي

التخطيط الكهربائي للقلب - الـهولتر

فحص القلب بالأمواج ما فوق الصوتية

والدوبلر بالألوان

CCB

43.00
PPV 43DH00
PER 06/23
LOT K1622

Casablanca, Le : 31.08.2021 الدارالبيضاء في :

PPV 43DH00
PER 06/23
LOT K1622

Mr. HAMDOUN.

Fax: 120

43.00

1) - Augleec 5
1 - 50/-

213,00 x 3

الدكتور أحمد بيداني
Docteur Ahmed BIDANI
Cardiologue et de
166 Bd.Dakhla-Jamila V CD - Casablanca
Tél.: 05 22 29 18 72

2) - 2

181

98.00

3) - Tanox 14
1 - 1 - 1/-

316,00

4) - 21
181

1182,00



الدكتور أحمد بيداني
Docteur Ahmed BIDANI
Cardiologue et de
166 Bd.Dakhla-Jamila V CD - Casablanca
Tél.: 05 22 29 18 72

PPV: 98DH00
PER: 02-24
LOT: K357

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Plavix 75 mg, cp pel b 28
P.P.V : 316,00 DH
6 118001 081257

PPV 43DH00
PER 06/23
LOT K1622

ECG

DR.AHMED BIDANI CCB 0522291872

Name :HAMDOUN MHAMED ID :247 Sex :Male Age :65 Date :31-8-2021

10mm/mV 25mm/s

