

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3710

Société : 113885

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DENNOURI MOUSTAFA

Date de naissance :

30.07.1957

Adresse :

22 RUE DE TIARE résidence Samia SEFTA
APPT N° 11 MEDS SULIAN GKA

Tél. :

06 70 93 0205 Total des frais engagés : 1120.440 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26 JUIL. 2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même HIA Conjoint 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 : 05/07/2022

Signature de l'adhérent(e) : Hamza DENNOUINA

Le : 22/07/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes 26 JUILLET 2022	Nature des Actes GRECI	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires 30010M	Cachet et signature du Médecin attestant le remboursement des Actes Dr. BENNOUNA Dentiste et Radiologue Elmoumen et Rue Abdellatif Tél. 05 22 88 39 59 / 38 38
------------------------------------	---------------------------	-----------------------	---	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KARABI - TÉL: 022 82 90 62 22	26/07/22	820,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور حمزة

خريج كلية الطب بنانسي

اختصاصي في أمراض القلب

طبيب سابق بمستشفيات

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين

خريج في طب المستعجلات بنانسي

26 JUIL. 2022

الدار البيضاء، في:

Dr. BENNOUARI Hamza

$$54,00 \times 6 = 324,00$$

Ramipril 5mg

$$87,50 \times 4 = 350,00$$

NEBILET 5

PPV: 98DH00
PER: 04-25
LOT: L 1402

= 58,00

48,40

Gaviscon

= 820,40

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■

28 comprimés ○

PPV 87DH50 //

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■

28 comprimés ○

PPV 87DH50 //

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■

28 comprimés ○

PPV 87DH50 //

V140977/01



إقامة هشام، زاوية شارع عبد الصومت، بولفار عبد الصومت، الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39 - الدار البيضاء - المغرب

Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdellatif Abdou Marouane - CASABLANCA

Tél.: 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38 - Urgences : 06 61 18 86 78 - E-mail : bennounahamza@yahoo.fr



MLC → 3710

valable 3 mois

Le 26 JUIL. 2020.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : DENNOURI Hamza

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohamed Fakir
6ème Etage, Casablanca

Dr. Hamza DENNOURI
Médecin conseil
Centre d'affaire Allal Ben Abdellah
Casablanca
Tél : 0522-22-78-18 / 38-38



FC 80
PR 171
QRSD 110
QT 356
QTc 411

-- Axe --
P 37
QRS 35
T 24

