

ECOMMANDANTES IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Sons 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.

Biologie 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.

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.

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 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.

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 P19-0011499

 Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1132 Société :

 Actif **Pensionné(e)** **Autre :**

Nom & Prénom : Cheddi Hassan Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Hafsat Age :

Lien de parenté : **Lui-même** **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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :


VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **Nº P19-0011499**

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 :

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
00/00/00				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 in each quadrant. The quadrants are labeled D (upper left), C (upper right), and B (lower). A vertical axis labeled H points upwards, and a horizontal axis points to the left.

[Création, remont, adjonction]

nel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		L'EXECUTION	

10/06/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 1132

Nom & Prénom CHEDDADI Hassan

SAT

Fonction : Re亭ante Phone 0661311452

Mail SICHE.HASSAN@GMAIL.COM

MEDECIN

Prénom du patient

Dr. CHEDDADI Hassan

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

136

Date 23 AVR. 2019

Nature de la maladie

HTA

Date 1ère visite

2003

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
GHT	-	300

PHARMACIE Date 23.04.2019

Montant de la facture

1065.40

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV



Docteur Hamza BENNOUNA

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplômé en Echographie et doppler Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Capacité d'Aide Médicale Urgente (Nancy)

Capacité de Médecine de Catastrophe (Nancy)

الدكتور حمزة بنونة

خريج كلية الطب ببنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

23 AVR. 2019

Dr. Hamza Benouna

131150 X 4

TABEG 80
37180 X 5

SECRETAL 200
116180 X 3

L RANTH
16

١٢٠

٠—١

٠—١



Dr. Hamza BENNOUNA
Cardiologue
3d. Abdelmalek Abou Marouane
CASABLANCA
Tél. : 05 22 86 39 39 / 05 22 86 38 38

دوك بنونة

إقامة هشام، زاوية شارع عبد الصومن وزنقة عبد المالك أبيهروان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39 - Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmalek Abou Marouane - CASABLANCA Tél. : 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38 - Urgences : 06 61 16 96 78 - E-mail : bennounahamza@yahoo.fr

الدكتور حمزة بنونة

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

Docteur Hamza BENNOUNA

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplômé en Echographie et doppler Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Capacité d'Aide Médicale Urgente (Nancy)

Capacité de Médecine de Catastrophe (Nancy)

ELECTROCARDIOGRAMME

Nom : CHOUADAI

Prénom : HAZY

Date de naissance : 1960

Age :

Date d'examen : 23-04-2016

Heure :

Motif d'examen : HCM

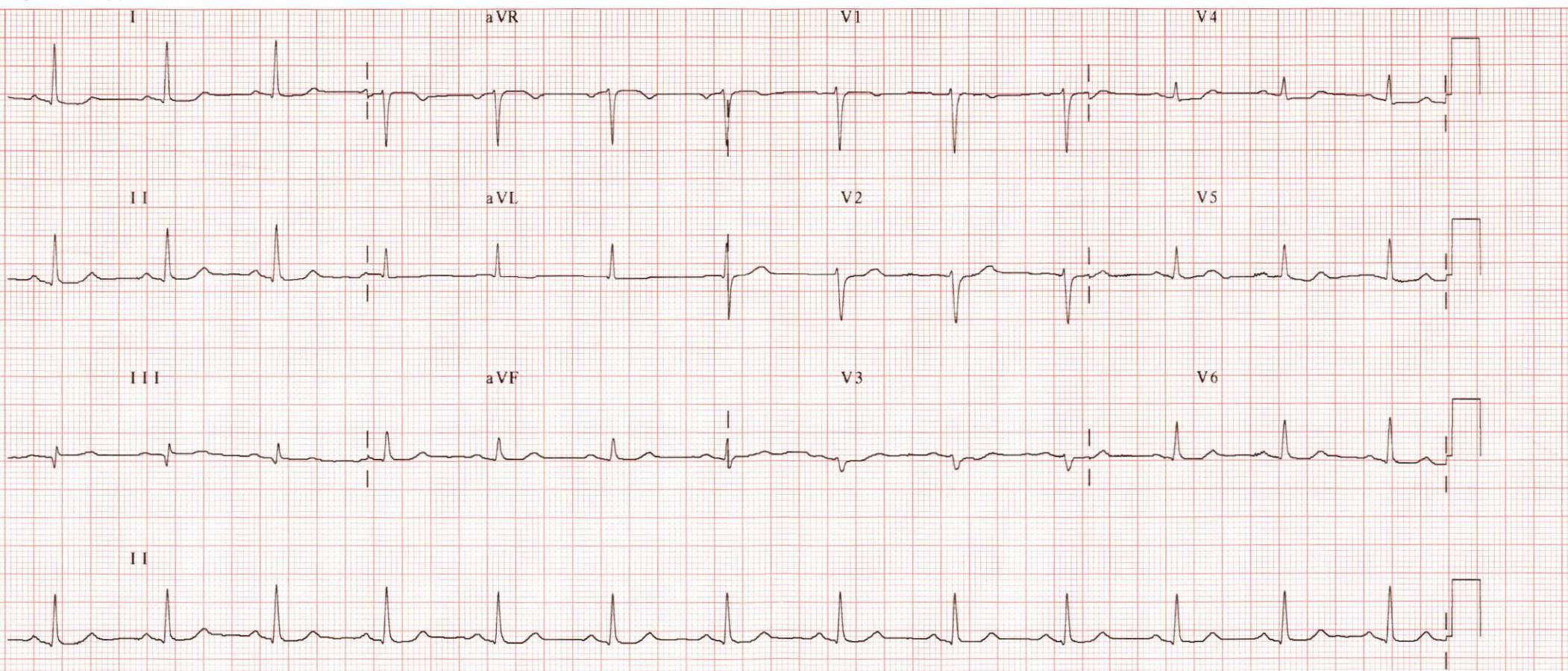
Traitements :

Conclusions :

اقامة هشام، زاوية شارع عبد المؤمن وزنقة عبد المالك بن مردان - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 39 39
Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abou Marouane - CASABLANCA
Téléphone : 05 22 86 39 39 - Urgences : 06 61 16 96 78 - Fax : 05 22 86 38 38

FC 76
PR 160
QRSD 79
QT 349
QTc 392

--Axe--
P 54
QRS 31
T 67



255739*

maphar
ZI Zenata Ain Sébâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636

الملكية
Titulaire de l'AMM au Maroc
Maphar
Km 10, route côtière 111
Quartier industriel Zenata
Ain Sébâa - Maroc
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

المصنع
Fabricant : RECIPHARM FONTAINE - Rue des Prés Potets 21121 Fontaine les Dijon - France

maphar
ZI Zenata Ain Sébâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636

maphar
ZI Zenata Ain Sébâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH
6 118001 181636

الملكية
Titulaire de l'AMM au Maroc :
Maphar
Km 10, route côtière 111
Quartier industriel Zenata
Ain Sébâa - Maroc
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable
المصنع
Fabricant : RECIPHARM FONTAINE - Rue des Prés Potets 21121 Fontaine les Dijon - France

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V. : 37DH80
LOT : 8MA009
PER. : 04/2021
6 118000 060154

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V. : 37DH80
LOT : 8MA009
PER. : 04/2021
6 118000 060154

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V. : 37DH80
LOT : 7MA008
PER. : 10/2020
6 118000 060154

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V. : 37DH80
LOT : 7MA008
PER. : 10/2020
6 118000 060154

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V. : 37DH80
LOT : 8MA009
PER. : 04/2021
6 118000 060154

6118001030316
TAREG 80 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 131,50 DH
1130178-A18-MA

6118001030316
TAREG 80 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 131,50 DH
1130178-A18-MA

6118001030316
TAREG 80 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 131,50 DH
1130178-A18-MA

01563

14763