

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 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.

N° W21-700339

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 0940

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JOHRY Mohamed

Date de naissance :

1-1-1969

Adresse :

PARASSALATA INTEBLE 29 N° 5

Tél. : 0678 42 94 49

Total des frais engagés :

Dhs

Dr. SAMI Mustapha

Neuro-Chirurgien
39, Bd. Rahal El Meskini
Tél.: 0522.31.44.76 - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation :

17 OCT. 2022

Nom et prénom du malade :

JOHRY Lekhuen

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Combath

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) :



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
11.7 OCT. 2022	G		400 DHS	INP : 0511184230 Dr. SAMI Mustapha Neuro-Chirurgien 30, Bd. Raynal Tel.: 0524 22 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
43.Bd ALTYAAT Tél. 0522 01 93 24 SA JOHAMMA DI CASABLANCA	24/12/2021	228,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
✓			
✓			
✓			
✓			

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																							
Le praticien est prie 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"/>																			
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" 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 style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	B			G		
	H	25533412	21433552																				
	D	00000000	00000000																				
	00000000		00000000																				
	35533411		11433553																				
	B																						
	G																						
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																						
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																							
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																							
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																							
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																							
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																							

Docteur SAMI MUSTAPHA

NEURO - CHIRURGIEN
AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
ELECTRO ENcéPHALOGRAPHIE
EPILEPTOLOGIE

39, Bd. Rahal El Meskini - CASABLANCA

Tél. : 05 22 31 44 76

05 22 45 05 64

Gsm : 06 17 66 05 13

Fax : 05 22 31 95 61

N° d'Autorisation : 4235 du 2.2.76

Sur Rendez-vous

الطيب سامي مصطفى

جراحة الرأس والدماغ

جراحة العمود الفقري

التحفيظ الكهربائي للدماغ

39 شارع رحال المسكيني - البيضاء

الهاتف : 05 22 31 44 76

05 22 45 05 64

المحمول : 06 17 66 05 13

فاكس : 05 22 31 95 61

رقم الرخصة : 76.2.2 4235

الزيارة بالموعد

17 OCT. 2022

Casablanca, le

ن° طبقة لكرمه

Carbamazépine 200

1c le شه

براعم (6) مل

Dr. SAMI Mustapha
Neuro-Chirurgien
39, Bd. Rahal El Meskini
Tél. 0522.31.44.76 - Casablanca

LOT:11822001
PER:04/2026
PPU:38,10 DH

Fabriqué pa
ZI -Lot 149-Ha
Sous licence Lab
N.IBNTA

LOT:11821021 Bo
PER:11/2025
PPU:38,10 DH

Fabriqué pa
ZI -Lot 149-Ha
Sous licence Lab

LOT:11822001
PER:04/2026
PPU:38,10 DH

Fabriqué pa
ZI -Lot 149-Ha
Sous licence La

LOT:11822001
PER:04/2026
PPU:38,10 DH

Fabriqué
ZI -Lot 149-
Sous licence L
N.IBN

LOT:11822001
PER:04/2026
PPU:38,10 DH

Fabriqué
ZI -Lot 149-
Sous licence L
N.IBN

LOT:11822001
PER:04/2026
PPU:38,10 DH

Fabriqué p
ZI -Lot 149-
Sous licence La
N.IBN