

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

- Reclamation : 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.

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

38326

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008132

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 036.31 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL JADIN Abdellaziz Date de naissance : 30.06.1962

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 3000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 3/11/2022

Nom et prénom du malade : Dr. Jihane EL JAOUHARI

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Asthme

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 : CASA Le : 21/11/2022

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
9/11/2017	CSFE	10	300000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVÉ 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 canalaires, 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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

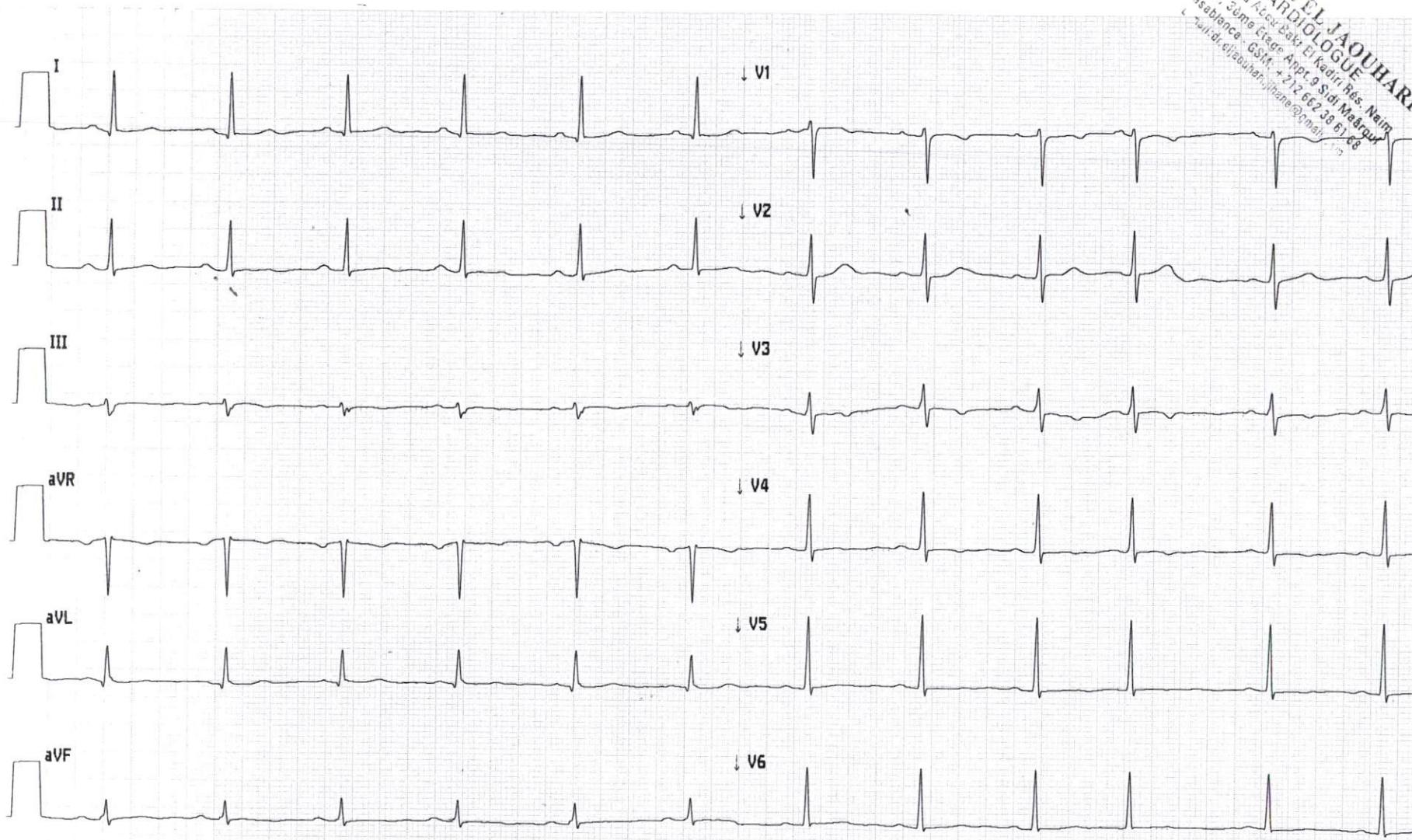
Jadidi, Lalla saadia
ID:
D-naiss:28-Mar-1967
55ans, Fem.

9-Nov-2022 12:52:56

Fréq. Card.: 71 BPM
Int PR: 176 ms
Dur.QRS: 82 ms
QT/QTc: 377/399 ms
Axes P-R-T: 36 24 12

TA: 127/78 - +

Dr. Jihane EL JAOUHARI
CARDIOLOGUE
Boulevard Abd El Kader El Kadi, Rés. Naim
Tunis, 3ème étage, Appt. 9, Sidi Maârour
Casablanca, GSMA, +212 662 38 61 68
Email: eljaouhari.jihane@gmail.com



113180163528

Dr. EL JAOUHARI

Site # 0 App.# 0 Version 2.00.10 Séquence #06821 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz H

Casablanca le 09/11/2022

Facture n° 522 | 2022

Arrêté la présente facture au nom de MR/Mme : *Jadidi lalla
Saadia*

Pour prestation au cabinet comprenant :

- *€s + ECR 300dh*

- *À la somme de 300dh dirhams*

Je vous remercie de votre confiance

Bien cordialement

*Dr. Jihane EL JACOUHARI
CARDIOLOGUE
Boulevard Abou Bakr El Kadiri Rés. Naim
Im. 5, 3ème étage Appart. 9 Sidi Maârouf
Casablanca - GSM: 0212 662 38 61 68
E-mail: dr.eljacouhari.jihane@gmail.com*