

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011843

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1137 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LOUDINI AHMED Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666177790 Total des frais engagés : 345,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/04/2024

Nom et prénom du malade : LOUDINI AHMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection ORL

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 : 26/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : LOUDINI AHMED



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Relève des Actes
22.10.14 - 23.10.14		03	300	Dr. Mustapha El Sayed Professeur d'ORL et Chirurgie Maxillo-faciale, Allergologie Abdelmoumen Hospt. 1 ^{er} arrondissement 51-1 ^{er} Eng. 1 ^{er} étage Signature : 5941

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE 032003 Route de Sens</i>	<i>22/04/2024</i>	<i>45,60</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

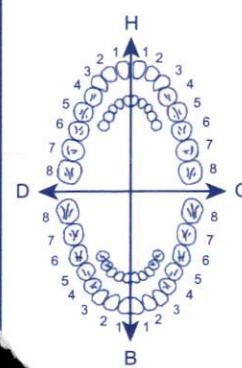
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



[Création, remont, adjonction]

7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mustapha ESSAADI

- Professeur d'ORL et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
- Ex enseignant de la Faculté de Médecine et du CHU Ibn Rochd
- Ex Chef de Service des Urgences à L'hôpital 20 Août
- Diplômé de L'allergie en ORL Pédiatrique , Vertiges
- Formation approfondie en : Ronflement et Cancérologie
- Diplômé des Universités de Paris et Toulouse
- Ancien Médecin Résident des Hôpitaux de Paris



الدكتور المصطفى السعدي

أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

رئيس قسم المستعجلات بمستشفى 20 غشت سابقا

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف والأذن والحنجرة

حاصل على شهادات في أمراض المسامية والدوخة

تشخيص وعلاج الصمم عند الطفل، فتقن التوارزن، التغذير والسرطان

حاصل على شهادات من جامعات باريس وتولوز بفرنسا

طبيب سابق بالمستشفيات الجامعية بباريس

Casablanca, le :

الدار البيضاء :

MR LOUDINI Ahmed
 1) Polydexta bullet
 21,80 S.V. 28x3
 23,80
 2) Topryne fel S.V.
 PHARMACIE BADIA
 Zone 3 Route d'Azemour
 Sidi Bouzid - Casablanca
 T = 45,60

Dr. MUSTAPHA ESSAADI
 Professeur d'ORL et Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
 261, Bd Abdelmoumen - Résidence Al Amal, Imm B, N°16, 3ème étage - Casablanca à côté de pharmacie Laalaj
 en face Derb Ghallef CITY CLUB et DECATHLON - Tramway : devant la station Abdelmoumen
 Tél.: 0522 86 50 51 - Fax : 05 22 86 59 44 E-mail : essaadimusori63@gmail.com

261, شارع عبد المؤمن، إقامة بدل، عمارة رقم 16، الطابق الثالث . الدار البيضاء . قرب صيدلية لعلج
 و مقابل متجر CITY CLUB . درب غلف و DECATHLON . الترامواي : أمام محطة عبد المؤمن

261, Bd Abdelmoumen - Résidence Al Amal, Imm B, N°16, 3ème étage - Casablanca à côté de pharmacie Laalaj
 en face Derb Ghallef CITY CLUB et DECATHLON - Tramway : devant la station Abdelmoumen
 Tél.: 0522 86 50 51 - Fax : 05 22 86 59 44 E-mail : essaadimusori63@gmail.com

