

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Education :

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.

Prothésiste :

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

| | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Réclamation | : contact@mupras.com |
| Prise en charge | : pec@mupras.com |
| Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02054

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DEBBAGH MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : 21 RUE KADI BAKKAR 88 YACOUB EL MANSOUR

CASABLANCA

Tél. : 06 11 77 44 77

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11/05/2020 | | | CS 45000 | DR. Jemal Dini Rue Adolphe Max 16 - 05161 des Sables d'Olonne 85160 Téléphone : 05 16 67 61 71 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  PHARMACIE Rue Abbes Boudjellal N° 31 bis Tél: 05 24 31 25 44 | 15/05/2020 | 338,50 |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Jamal Dine EL AHMADI

Chirurgien Spécialiste

Maladies et Chirurgie Os & Articulations

Traumatologie du Sport

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris

الدكتور جمال الدين الأحمدى

طبيب جراحي

أمراض و جراحة العظام و المفاصل

جراحي بمستشفيات باريس سابقا

جراحة الروماتيزم

Marrakech, le :

15/05/2020 مراكش، في :

DR. JAMAL DINE EL AHMADI
Médecin de Chirurgie
Malades et Articulations
Traumatologie du Sport
Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris

DebbaP Need

65.00

70.00

AS

rence avant fin /

PPC: 69,00 DH VOC

611125

24/05/2019

AS

2) in flex gel

1app x 2/1 n° 15

253.00

Lot : SCACX1003/09.19
Exp : 08/2022
PPC:184,00DH

برققة ع urgences de l'hôpital Ibn Tofail - مراكش - جليز - مراكش (أمام المستحات)
2, Rue Abdelouahab DARRAK - Guéliz - Marrakech - (Face Urgences - Hôpital Ibn Tofail)
Tél. : 05 24 438 478 - GSM : 06 61 34 19 69 - Email : dr.jdelhmadi@gmail.com

Docteur Jamal Dine EL AHMADI

Chirurgien Spécialiste

Maladies et Chirurgie Os & Articulations
Traumatologie du Sport
Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris

الدكتور جمال الدين الأحمدى

طبيب جراحي

أمراض و جراحة العظام و المفاصل
جراحي بمستشفيات باريس سابقا
جراحة الروماتيزم

Marrakech, le :

15/05/2020

Dr. Jamal Dine EL AHMADI
des Os et des Articulations
Maladies et Chirurgie
Tél: 0524 438 478 - 06 61 34 19 69

Demph Ref

1) Vapeur
99.00

VEGEBOM 100g
PPC: 99,00 DH
Uta: Sep / 2022 | Lot: 087619016
MEDIPRO PHARMA

1app x 3,- 15,-

PHARMACIE ISSIL
Rue Abdes Bncu Abdelmouattalib
N°1 Issil, Marrakech
Tél: 05 24 31 25 44

Dr. Jamal Dine EL AHMADI
des Os et des Articulations
Maladies et Chirurgie
Tél: 0524 438 478 - 06 61 34 19 69

2، زنقة عبد الوهاب الدرقا - جليز - مراكش (أمام المستعجلات - مستشفى ابن طفيل)
2, Rue Abdelouahab DARRAK- Guéliz - Marrakech - (Face Urgences - Hôpital Ibn Tofail)
Tél. : 05 24 438 478 – GSM : 06 61 34 19 69 - Email : dr.jdelhmadi@gmail.com