

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : Royal Air Maroc	
Matricule : 2798			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHAKIB KAMAL
Nom & Prénom : CHAKIB KAMAL		Date de naissance : 01/05/1954	
Adresse : 92, Rue El Fourat el 5 Maârif Casablanca			
Tél. :		Dr. CHIBANI MOSTAFA	
Dhs			

Cadre réservé au M. Dr. Bd. Bir Anzarane, Qt. Maârif Casablanca			
Télé: 0522 22 66 66/Fax: 0522 22 66 64			
E-mail: mustchibani@gmail.com			
ICE: 001668263900013			
Date de consultation : 23/10/2020	Nom et prénom du malade : CHAKIB Kamal		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age : 66
Nature de la maladie : HTA précardiaque			
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) :

Le : 13/10/2020

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
23.9.2016	3666	15/16	13000/-	INP : 031455 IBANI MOSTAFA DIOLOGUE Barane, Dr. Mostafa Tunisie : 0522 22 66 64 Email : mstafamell.com 13

EXECUTION DES ORDONNANCES.

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LAMARAN MARCHAND pharmacie des Familles Angle Rues Imam Tabarani Tunisie Tel: 0522.25.05.60	23/09/2022	381,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

Cabinet de cardiologie et d'exploration cardio-vasculaire

Dr. CHIBANI Mostafa

CARDIOLOGUE

Ex Enseignant à la faculté de médecine de Casablanca
Et à l'Hôpital Averroès

Echographie Doppler du Coeur des Artères et des Veines

Réadaptation Cardio-Vasculaire

Epreuve D'Effort

Holter Tensionnel et ECG

Attaché au centre Hôpitalo Universitaire de BORDEAUX

Membre de la société EUROPEENNE de Cardiologie

Membre de la société Française de Cardiologie.

الدكتور شيباني مصطفى

احترافي في أمراض القلب والشرايين

أستاذ سابقا بكلية الطب والصيدلة

مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء -

ملحق بالمركز الإستشفائي الجامعي ببوردو

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض القلب والشرايين

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب والشرايين

Casablanca, le 23.01.2020

129,00

ORDONNANCE MEDICALE

Nom : CHAKIB

Prénom : Kamal

RENTREE A SUIVRE REGULIEREMENT
RENOUVELER SELON LES BESOINS
PENDANT UNE PERIODE DE ... MOIS



Régime sans sel

ARAPRO 150 mg : 1cp/j le matin

Traitement de 03 mois

129,00

387,00



Dr. CHIBANI MOSTAFA
CARDIOLOGUE
231, Bd. Bir Anzarane, Quartier Maârif
Tél: 0522 22 66 65 - Fax: 0522 22 66 64
E-mail: mustchibani@gmail.com
01668263000013

129,00

129,00

231, Bd Bir Anzarane. Quartier Maârif. Casablanca.

T. C. : 0522-22-66-66/65 FAX : 0522-22-66-64, en cas d'urgenceappelez

E-mail : cabinet_drchibani@live.fr

ICE : 001668263000013