

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 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.

Maladie Dentaire Optique A **18250**

Cadre réservé à l'adhérent(e) **1238** Société :

Matricule : **MANSOURI YAHIAOUI SABER**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **MANSOURI YAHIAOUI SABER**

Date de naissance : **07 03 1950**

Adresse : **11 RUE SABER IBRAHIMI AL 72
GIRONDE**

Tél. : **0661314195** Total des frais engagés : **1548,-**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. J. SIBAÏ
CARDIOLOGUE
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araai - Casablanca
46 79 79 - 05 22 28 78 90**

Date de consultation : **26 NOV. 2019**

Nom et prénom du malade : **MANSOURI SABER** Age : **69**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : **HTA Choc**

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'at^e médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : **98 JAN.** Le : **15.12.19**

Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL**

ML **ACCUEIL** **FJ**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes .	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
26 NOV. 2019	C ₂ + ECG	300 dhs	INP : 091129718 Dr. YOUSSEF SIBAI CARTIOLOGUE Angle 38, Bd. Lalla Yacout et 1, Rue El Araar - Casablanca Tel : 0522 304199 / 0522 15500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SEBATTI MEDICAL INP : 091129718 / 0522304199 / 052215500	26 NOV 2019	1248.-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

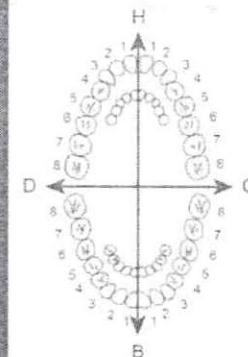
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

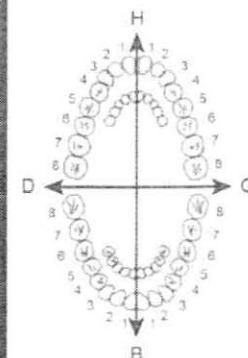
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						.

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

valable 3 mois

Le 26/11/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. I. SIBAI

CARDIOLOGUE

Angle 38, Bd. Lalla Yacout et

Angle 38, Bd. Lalla Yacout et

Certifie que Mlle, Mme, M. :

1, Rue El Fakir - Casablanca

Tél. 0522 22 48 14

SACUR

Présente

hxn chnzyr

Nécessitant un traitement d'une durée de :

TRAITEMENT DE 3 MOIS

Dont ci-joint ordonnance :

Dr. I. SIBAI

CARDIOLOGUE

Angle 38, Bd. Lalla Yacout et

Angle 38, Bd. Lalla Yacout et

(à défaut noter le traitement prescrit)

1, Rue El Fakir - Casablanca

Tél. 0522 22 48 14

Site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Alial BENABELLAH et Rue Fakir Monammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Docteur Jamal SIBAI

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

Horaires d'ouverture :

du Lundi au jeudi 9h à 15h.

Samedi 9h à 11h.

Fermé le vendredi, samedi après-midi et le dimanche.

Pour Prendre RDV appeler le : 06 22 180 812

208,00

208,00

208,-
X 6
1248,-

208,00

208,00

208,00

208,00

N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le 26 NOV. 2019

أوقات العمل من الإثنين إلى الخميس من س 9 إلى س 15

والسبت من س 9 إلى س 11

العادة مغلقة يوم الجمعة والسبت بعد الزوال والأحد

لأخذ موعد اتصلوا بـ : 06 22 180 812

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - Imm. BMCI - 1er Etage

REGIME SANS SEL *مجهول*

15
Coveram 5 mg / 5 mg Kcp x 2/3

TRAITEMENT DE 3 MOIS

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - Imm. BMCI - 1er Etage

**DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT
DE VOTRE FEUILLE DE SOINS**

BIOLOGIE ET RADIOLOGIE		Nombre
<input checked="" type="checkbox"/>	Copie des résultats	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ordonnance	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel	
DENTAIRE		
<input type="checkbox"/>	Accord préalable <u>avant</u> le traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>après</u> traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>avant</u> traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Restitution des anciennes prothèses	
HOSPITALISATION		
<input type="checkbox"/>	Cachet de la clinique sur la feuille de soins	
<input type="checkbox"/>	Compte rendu opératoire	
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu des radios	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat de l'anatomopathologie	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat des analyses	
<input type="checkbox"/>	Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale	
<input type="checkbox"/>	Entente préalable	
<input type="checkbox"/>	Notes d'honoraires	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance et factures des actes sous traités	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale	
OPTIQUE		
<input type="checkbox"/>	Facture de l'opticien	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance	
REEDUCATION		
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu radio relative à la même maladie	
<input type="checkbox"/>	Entente préalable remplie par le médecin	
<input type="checkbox"/>	Facture	
PHARMACIE		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ordonnance *	1
<input checked="" type="checkbox"/>	Vignettes des médicaments PPV **	6
<p>* <i>En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)</i></p> <p>** <i>Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre</i></p>		
<u><i>En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:</i></u>	Matricule: <i>Signature de l'adhérent</i>	FS n°: W19-474134 W16-074565 Signature & visa de la MUPRAS

