

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

- 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 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



Déclaration de Maladie : № P19-0008748

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

20809

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **AGOUMI El mostafa** Société : **RAT. (Retraite)**
2005

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **AGOUMI El mostafa** Date de naissance : **(2005) 1951**

Adresse : **Habituelle**

Tél. : **06.66.9688.76** Total des frais engagés : **857.00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur CHAKIB HAJJI
Allergologie
124, Bd. El Khalil - Ain Chock
Casablanca - Tél : 022 52.51.34**

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **AGOUMI El mostafa** Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Affekt respiratoire**

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 : **09/10/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **MT. J. A. J. A.**

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **Nº P19-0008748**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
02/01/20 03/01/20	C	1	210 DT	Docteur CHAKIB HAMO 124, Bd. El Khadidja - Ain Chock Bab Ezzouar - Tel : 02252.51.34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/01/2022	60.1.00

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	

VOLET ADHERENT

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

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'ODT.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a branched polymer chain consisting of a main horizontal backbone and two vertical branches. Atoms are labeled as follows: A (top vertex), B (bottom vertex), C (rightmost vertex), D (leftmost vertex), E (top of left branch), F (middle of left branch), G (bottom of left branch), H (top of right branch), I (middle of right branch), and J (bottom of right branch). The backbone and branches are represented by lines connecting these points.

(Création, remont, adjonction)

Diagram B shows a dental arch with numbered teeth. The teeth are arranged in two rows: upper teeth (8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1) and lower teeth (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). The diagram includes a vertical line through the center of the arch and a horizontal line through the middle of the arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Chakib HAJJI

الدكتور شحيب حاجي

Diplômé en Allergologie et Immunologie Clinique
(Faculté de Médecine de Limoges)
Ex. Médecin Attaché au CHU de Tours

دبلوم أمراض الحساسية والمناعة

كلية الطب بليموج

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بتور

أمراض الحساسية

MALADIES ALLERGIQUES

124, Bd El Khalil, Hay Moulay Abdellah
Ain Chock - Casablanca
Tél : 0522 52 51 34

رقم 124. شارع الخليل حي مولاي عبد الله
عين الشق - الدار البيضاء
الهاتف : 0522 52 51 34

Casablanca, le

02/01/20

الدار البيضاء، في

SYNTHEMEDIC O
22 rue soubeir bneu al souem roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
100µg par dose Pde pish
Flacon de 120 doses
103/4 DMP/21/NRQ PPV: 243,00 DH
6 118001 020928

243.00DH

SYNTHEMEDIC O
22 rue soubeir bneu al souem roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
100µg par dose Pde pish
Flacon de 120 doses
103/4 DMP/21/NRQ PPV: 243,00 DH
6 118001 020928

115.00

AVANT : 1rlb 1t 2is

601.00

STEPHARMACIE AMZA
C.A.
L'AGENCE
Casablanca - Tel: 022 293 10 28

Docteur CHAKIB HAJJI
Allergologie
124, Bd. El Khalil - Ain Chock
Casablanca - Tel: 022 52 51 34

