

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

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

Déclaration de Maladie

N° W19-528785

ND : 22611

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3611	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BASSIME AHMED			
Date de naissance : 25/11/1962			
Adresse : Résidence ALWAHDA, 2^e MED, PERRECHID			
Tél. : 0673717652	Total des frais engagés : 560,70 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 19 MAI 2020			
Nom et prénom du malade : BASSIME AHMED Age: 58			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : appel du diabète			
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 : **BERRECHID**

Signature de l'adhérent(e) : **E. B. B.**

Le : **19/05/2020**

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
19 MAI 2020	CG	C2	250	INP : 16910765870  Dr. Jauad Housni Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif Centre Bourjoua Apt 14 Casablanca CASA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourneisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU JASMIN Mme. LAMRANI Rajaa 61, Avenue 2 Mars - CASA Tél : 05 22 81 17 57	19/05/2026	310,70

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HOUSNI Jaouad

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

(Foie - Estomac - Intestins - Hémorroïdes)

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien chef de Service de Gastro-Entérologie

des Hôpitaux El Ghassani à Fès

et Baouafi à Casablanca

Explorations Digestives

الدكتور جواد حسني

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

(المعدة - الكبد - الأمعاء - البواسير)

خريج كلية الطب بتلوز

رئيس سابق بقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمستشفى الغساني بفاس - و بوافي بالدار البيضاء

الفحص بالأليات البصرية

Dr BASSINE AHD

Casablanca, le : 19 MAI 2020

2x
82,15

injection 20 mg n° 2



79,50

injection 200



34,50

Prophylax



32,80

PerSys



310,79
المساسين
PHARMACIE DU JASMIN
Mme AMRANI Rajra
61, Avenue 2 Mai
Tél: 05 22 81 17 67

PPV 34DH50
PER 07-22
LOT 11756

32,80



Dr. Jaouad HOUSNI
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif
70, Bd. Zerkouni 2ème étage
Tél: 05 22 47 25 77 / 05 22 49 28 93 - Casablanca

70, شارع الزرقطوني - الطبق الثاني - رقم 5 (أمام سوق الورد) - الهاتف : 05 22 49 28 93 - الفاكس: 05 22 47 25 77 / 05 22 49 28 93 - الدار البيضاء

70, Bd. Zerkouni - 2 ème étage - Appt. N°5 (Face aux Marchés de Fleurs) - Casablanca

Tél : 05 22 47 25 77 / 05 22 49 28 93 - Fax : 05 22 49 28 93 - E-mail : housnijaouad@hotmail.fr

af