

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

ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

Entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, tractions 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.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

logie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

N° M21- 0020670

aggret

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02470

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHLIH AMINA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0649091568

Total des frais engagés : 639,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SEBTI Fayçal
2, Rue Ahmed El Mejjati Maârif
Casablanca
Tél: 05 22 25 20 82 06 61 96 19 96

Date de consultation :

27/12/2021

Nom et prénom du malade :

KASSED ABDELWAHED

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

H.T.A & Diabète & Demabec

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 :

05/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
27/12/21	V		150,00	Dr. SEBTI Fayçal 1, Rue Ahmed El Mejati Maârif Casablanca Tél: 05 22 44 25 82 - 06 61 96 19 96.
27/12/21				

EXECUTION DES ORDONNANCES

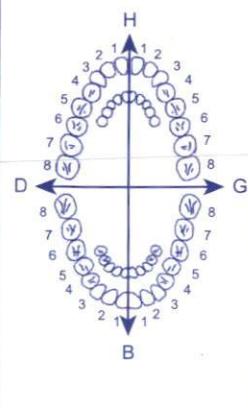
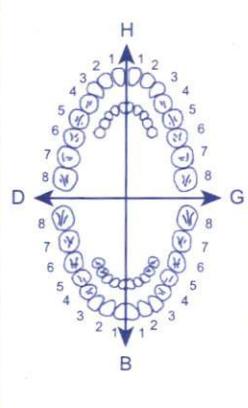
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Oussama 129, Bis rue Oussama CASABLANCA 25/12/21	27/12/21	489,10

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

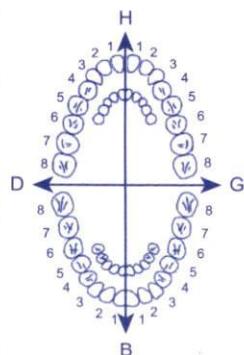
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

 <p>DEBUT D'EXECUTION</p>	 <p>FIN D'EXECUTION</p>												
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		<p>MONTANTS DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	00000000	11433553											
G	35533411												
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>												

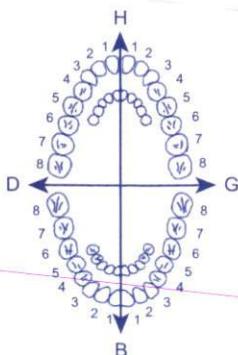
75,20

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 06/2024
LOT 160685



**O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

71,50

Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g

39,70 39,70

فوسيدين® 2%
أنبوب من 15 غ
مرهم

39,70

54,30

54,30

EFFERALGAN® 500 mg

PPV 15DH90 EXP 08/2024
LOT 16100 3

16 comprimés effervescents

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 L'EXECUTION

Docteur SEBTI Fayçal

Expert Près les Tribunaux

Médecin Attaché au Service

de Gastro - Enterologie

(Hôpital Averoës)

Médecine Générale

2, Rue Ahmed El Mejjati (Ex des Alpes. Maârif)

CASABLANCA

Tél. : C. : 0522.25.28.82

GSM : 0661 96 19 96

الدكتور فيصل السبتي

خبير محلل لدى المحاكم

طبيب ملحق بقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمستشفى ابن رشد

الطب العام

زنقة أحمد المجاطي (الألب سابقا)

الدار البيضاء

الهاتف : ع 0522.25.28.82

المحمول : 0661 96 19 96

Casablanca, le 27/12/2021

KASSED ABDELOUAHED

75,20

S.

AMEP 10 mg 1C par jour 1B.

71,50

S.

HYPRL 1C par jour 1B.

54,30 X2

S.

DIAMICRON 30 mg 1 C par jour 2B.

98,80

S.

NEOFORTAN 160 mg 1 C matin midi et soir 1B.

15,90

S.

EFFERALGAN 3 C par jour 1B.

39,70 X3

S.

FUCIDINE 2% P. 1 application matin et soir

489,10

S.

TRIAxon 500 mg Une I.M par jour 3B.

صيدلية الجودة
Pharmacie du Jura
129 Bis Rue Oussama Benoulli
CASABLANCA

Dr SEBTI Fayçal
2, Rue Ahmed El Mejjati Maârif
Casablanca
Tél: 05 22 25 28 82 - 06 61 96 19 96

Dr. SEBTI Fayçal
2, Rue Ahmed El Mejjati Maârif
Casablanca
Tél: 05 22 25 28 82 - 06 61 96 19 96