

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

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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1001 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUKHTIFI Abdellatif

Date de naissance : 1. 1. 1948

Adresse : N°11 lot NICOLA ALLÉE DE LA PLAGE AN SERAA

Tél. : 06 99 86 64 93 Total des frais engagés : 11.681,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : JOURNEY Chakib 39, Boulevard Hassan II Casablanca TEL C. 022 44 13 91 73 13

Date de consultation : 1.1.2023 Age :

Nom et prénom du malade : HTA severi Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté : NATURE de la maladie : HTA severi

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
11/11/11	seulement		300 F	DR JOUNDY CH CARPHOLIC RUE Boulevard de la République

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Al Hanifi Mustafa Résidence Al Hanifi Tél.: 05 22 55 66 33</i>	<i>23/11/12</i>	<i>868,67</i>

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

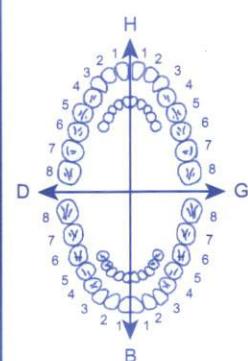
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

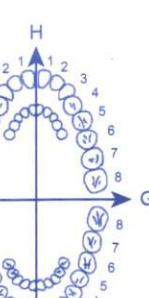
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none; border-bottom: 1px solid black;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		<p>Coefficient des travaux</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G																		
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR JOUNDY CHAKIB

CARDIOLOGUE

Spécialiste Diplômé de la Faculté
de Médecine de Lille (France)



Diplômé d'Etudes Spéciales de
Pathologie Vasculaire Varices
Ex. Médecin Attaché au C.H.U
de Lille

39, Bd. Rahal El Meskini
Tél.: C. 05 22 31 64 13 / 05 22 31 75 13
Fax : 05 22 44 46 10
D. 05 22 52 08 03 - GSM : 06 61 17 34 48
Casablanca

الدكتور جندي شكيب

اختصاصي في أمراض القلب
و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بلييل فرنسا
طبيب ملحق سابق بالمركز الصحي
الجامعي بلييل

شارع رحال المسكنيني 39
الهاتف: 05 22 31 75 13 / 05 22 31 64 13
فاكس: 05 22 44 46 10
05 22 52 08 03 : م.
المحمول: 06 61 17 34 48 - الدار البيضاء

Casablanca le :

23/11/2021

Mouktabi Abdellatif



49,60

273,00x3

D. Cere Shl
Mamp 1/57
Muwall nob

Exforge 10/160 (A.S.)

Dr. Jouny

39, Bd. Rahal El Meskini
C. 022 Casablanca
64 13 75 13

Pharmacie Fal Al Hana
MALLA Mustafa
Résidence Fal Al Hana
Ain Sebaa
Tél.: 05 22 66 48 49

T = 868,67

Pharmacie Fal Al Hana
MALLA Mustafa
Résidence Fal Al Hana
Ain Sebaa
Tél.: 05 22 66 48 49