

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

- Reclamation : 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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5785 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Morjane Chabiba

Date de naissance : 04/01/1949

Adresse : JS Rue Al-App Ben Ali Hamza Al-Khalidi

n°3 Apt 066062718 Total des frais engagés : _____ Dhs

Tél. : _____

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 JAN 2019

Nom et prénom du malade : MORJANE Chabiba Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA clm 7p

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
JAN. 2023	C ₂ + ECG		300 dhs	DR. EL ABBAD DENTISTE Angle 23, Bd. Lalla Yacout et 1, Rue El Araar - Casablanca Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OLYMPIA 55, Rue Sijilmasa Belvédère Casablanca Tél.: 022.24.63.75	18.01. 2023	828,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

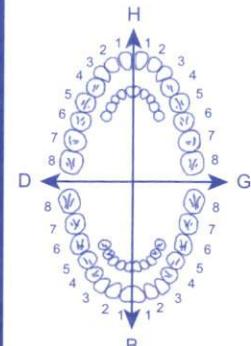
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

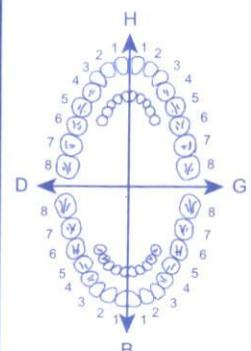
Important :

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				MONTANTS DES SOINS															
DEBUT D'EXECUTION																			
FIN D'EXECUTION																			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553			
H	25533412	21433552																	
00000000	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
B	35533411	11433553																	
COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Jamal SIBAI

الدكتور جمال السباعي

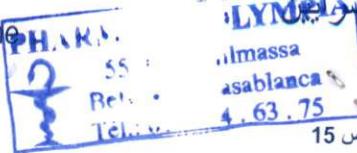
CARDIOLOGUE

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



الاختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب بباريس

أوقات العمل من الاثنين إلى الخميس من 9 إلى 15

و السبت من 9 إلى 11

العيادة مغلقة يوم الجمعة والسبت بعد الزوال وال الأحد

N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le

18 JAN. 2023

Dr. J. SIBAI
الدكتور جمال السباعي
C. CARDIOLOGUE
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél. 0522 487979 - 0522 437890

Mme MORJANE q. GHALIA Casablanca

REGIME SANS SEL



98,10x6
Cosyrol 5,119,191

53,00x4 Drizor 5,191

Cardoflex 191

Cardoflex 191

191

Traitement pour 6 mois

Dr. J. SIBAI
C. CARDIOLOGUE

Dr. J. SIBAI
C. CARDIOLOGUE
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 43 78 90

Cardiaspirine 100 mg/30cpr
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27.70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

191

191

191

ECG

Dr J SIBAI

NOM: MORJANE CHAIBIA

ID : Sexe : Femme

Age : 74 Date : 18-1-2023

10mm/mV 25mm/s

