

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.

M22- 0056410

Optique 148704 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : H2144 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAHRI ADEL KABIR

Date de naissance : 19/07/56

Adresse :

Tél. : 0666708919 Total des frais engagés : 133,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/02/2023

Nom et prénom du malade : DIKHAÏ AICHA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Angiome de la peau supérieure

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01.02.23 | as | | Gratuit | Dr. ABBAS |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE D'OUZOUIA Marrakech, 11 Lot Ibn Tachfine, Azil Tel : 05 24 49 23 28 | 21/02/23 | 133,60 DT |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

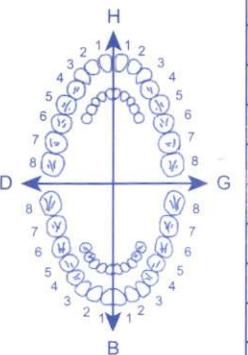
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|-------------|-------------------------|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CLINIQUE JNANE HARTI

Docteur ABBAS Nordine

Ancien Chirurgien des Hopitaux de Paris
Ancien Chirurgien de l'hôpital Militaire
Avicenne de Marrakech

SPECIALISTE CHIRURGIE GENERALE



الدكتور عباس نور الدين

طبيب جراح سابق بمستشفيات باريس
طبيب جراح سابق بالمستشفى العسكري
إبن سينا بمراكش

اختصاصي في الجراحة العامة

INP : CJH : 070 003 280

INP : Pers : 071 000 384

ICE : 001701536000056

Marrakech, le

22. 2023.

Dr. ABBAS Nordine
Spécialiste en Chirurgie Générale
Tel : 06 61 16 36 02 - 070 003 280
ICE : 001701536000056

85.80

0

Flexor

500

PPV 85DH80
LOT 260281
EXP 08/2024

47.80

2

Dorsal

47 80

PPV:
EXP:
Lot N°:

T: 133.60

PHARMACIE BOUZIANE
Marrakech, 11 Lot Ibn Tachfine, Azilal
Tel : 05 24 49 23 23

CLINIQUE JNANE HARTI
Dr. ABBAS Nordine
Spécialiste en Chirurgie Générale
Tel : 06 61 16 36 02 - 070 003 280
ICE : 001701536000056

Imm. SAYAKH, Rue Oued El Makhazine
Place 16 Nov. Guéliz (Près du Commissariat Central)
Tél. : 05 24 44 71 01 / Fax : 05 24 42 04 97 / Portable : 06 61 16 36 02
E-Mail : cliniquejnaneharti@gmail.com
Patente 45112288 - R.C. : 10447 - I.S. : 6503248 - C.N.S.S : 2439558