

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.

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

Journal
Déclaration de Maladie : N° P19- 0011826

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : *NB4367*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *LOUDINI Ahmed* Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *06.66.177790* Total des frais engagés : *585,52* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Docteur JOUNDY Amine
Médecin Généraliste
75,Rue Taha Hocine, Qt Gauthier
Casablanca - Tél : 0522 27 12 27*

Date de consultation :

08 FEV 2024

Nom et prénom du malade : *LOUDINI AHMED* Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *lentiglobes commun des deux*

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 : *CM*

Le : *09/02/24*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
08 FEV 2024		C 1	300 DHS	Docteur JOUNDY Ahmed Médecin Généraliste 75, Rue Taha Houcine, Qt Gauthier Casablanca - Tél : 0522 27 42 27
08				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ROSEE de la Corniche Rte. d'Azemmour Oulad El Hamdi Par Bouazza Km 3,500 - Casablanca Tél : 05 22 90 62 98	08/02/24	285,50

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	

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

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

Dr. Amine JOUNDY

Médecine Générale
et Homéopathie



الدكتور أمين جندي
الطب العام

Casablanca, le 08 février 2024 الدار البيضاء، في

Mr. LOUDINI AHMED

1/ ACETHIO

1 comprimé x3/jour, pendant 7 jours

2/ NEWFLEX GEL CHAUFFANT

1 application x2/jour pendant 8 jours

3/ ADDAX KERACID GEL KERATOLYTIQUE

1 application/jour pendant 1 mois

code INPE



091163550

Pharmacie ROSA de la VILLE
Rte. d'Azemmour Jdid El Harrach
Dar Bouazza Km 3,500 - Casablanca
Tél : 05 22 90 62 98

Docteur JOUNDY Amine
Médecin Généraliste
75 Rue Taha Hocine, Qt Gauthier
Casablanca - Tél : 0522 27 43 27

75، زنقة طه حسين (غاليلي سابقا)، الطابق الأول - 20060 الدار البيضاء

75, Rue Taha Hocine, (ex Galilée), 1^{er} étage, Quartier Gauthier 20060 - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 27 43 27 - E-mail : amine.joundy@gmail.com - Site web : www.dr-joundy-amine.ma

0653462968

P.P.V : **37,00**
LOT :
EXP :



KERACID
LOT: DQU27
EXP: 03/2026
PPC: 159.00DH