

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.

N° W19-554947/19530

41535

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	2530	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : CHIKHAOUI AHMED		
Date de naissance : 20.06.1952		
Adresse : EL ALIA 1. Bd Oued Tansifte, N°346 OULFA - CASABLANCA		
Tél. :	0627586158	Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Dr. Chafiq TAHRI	
Médecine Générale - Diabétologie - Gériatrie Nutrithérapie - Obésité - Echographie - ECO 379, Bd. Oued Tansif 1 ^{er} Etage, El Oulfa - Casablanca Tél: 05 22 93 34 27 / Fax: 05 22 93 34 10 / GSM: 06 60 14 60 81	
Date de consultation :	09.09.2020
Nom et prénom du malade : CHIKHAOUI AHMED	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : DTZ + HTA	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL	
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 : CASA

Le : 09.09.2020

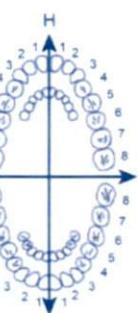
Signature de l'adhérent(e) :



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
09/09/2020	C G 17874	200 + 100	200 + 100	INP : 6547890123456789 Obstétrique Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Diabétologie T

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SELMA HASSEINI 56, Boulevard Ouard Seneusi 33 22 90 50 05 - Casablanca	09/03/2020	83,20

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

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 (List of teeth treated)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
				OD.F PROTHESES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	35533411	11433553														
G																				
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

الدكتور الطاهر

دبلوم جامعي في أمراض داء

دبلوم جامعي في التغذية و ا

دبلوم جامعي في أمراض النساء و الحمل

دبلوم جامعي في أمراض المسنين و الشيخوخة - بوردو (فرنسا)

العمق عند الزوجين - بوردو (فرنسا)

التخطيط الكهربائي للقلب - الفحص بالصدى

دبلوم Universitaire Gynécologie Médicale Suivie de Grossesse

Diplôme Universitaire Gériatrie du - Bordeaux (France)

Stérilité du couple - Bordeaux (France)

Echographie - ECG

20,80

20,80

20,80

20,80

Me

Casablanca, le :

٢٠١٥/١٢/٢٣

الدار البيضاء، في :

Dr. Chafiq TAHRI

20,80 x 4

Echography Dr.

SV

83,20

٦٦ - ٣٧٣

Dr. Chafiq TAHRI
Médecine Générale - Diabétologie - Gériatrie
Médecine Générale - Diabétologie - Echographie - ECO
Nutritionniste - Ophtalmologie - Echographie - ECO
379, Bd. Oued Tensift 1^{er} Etage, El Oulfa - Casablanca
Tel: 05 22 93 34 27 / Fax: 05 22 93 34 18 / GSM: 0660 14 60 81

PHARMACIE SALAH EDDINE
SELEMA HASSOUN
754, Boulevard Oued Sbaa
Tél: 05 22 20 30 08 - Casablanca

Dr.TAHRI Chafiq

Lauréat de la Faculté
de Médecine et de pharmacie de Rabat
Ex-medecin interne des hôpitaux
Med V d'El Jadida
Echographie - ECG

الدكتور الطاهري شفيق

خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
طبيب داخلي سابق بمستشفيات
محمد الخامس بالجديدة
الايكوغرافيا - تخطيط القلب

Casablanca, Le

091 091 22 2

Dr Chafiq TAHRI

MBASIC 6.3%

100,00 M

~~Dr. Chafiq TAHRI~~
Médecine Générale - Diabétologie - Gélatroie
Nutrithérapie - Obésité - Echographie - ECO
379, Bd. Oued Tansift 1er étage, El Oulfa - Casablanca
Tél.: 02 293 34 27 / Fax: 02 293 34 18 / GSM: 06 60 14 60 81