

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 O Prise en charge : pec@mupras.com
 O 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



Déclaration de Maladie

N° W19-543915

41930

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07655

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : SALHI Abderahman

Date de naissance : 19/03/1957 à Casablanca

Adresse : 523 Lot Haj fatch ouffa

Tél. : 0663643449

Total des frais engagés : 651,10 DH DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/08/2020

Nom et prénom du malade : Dr. JABRI AHMED

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Appendicite

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 cette déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

DR JABRI AHMED

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
28/08/2018	Acte de vente	15	300,00

INP : 09107969
ATTESTANT LE PAIEMENT DES ACTES
HAMED JOEL

Dr. JABRI AHMED
Oto-Rhino - Laryngologie &
Chirurgie Cervico - Faciale
et de l'Ear Nose Throat
Generalist - Hoy Hassan
M.D.

3d. Side A
15229814

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STEPHARMACIE HAMZA CASABLANCA <i>Unit. Majdah Rue 6 N° 3 Lot. 6A Casablanca - Tél: 0522 93 10 20</i>	08/08/2016	351.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELIEVE 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	INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		G		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																						
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
G																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B																						
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr. Ahmed JABRI

Spécialiste O.R.L

Maladie et Chirurgie

Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Exploration de l'audition - Endoscopie

Ancien praticien à l'hôpital 20 Août

Casablanca

Casablanca, le :

8 / 8 / 2020

الدكتور أحمد جابري

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف،
الأذن - الحنجرة - جراحة الوجه والعنق

الاسم - الفحص بالنظر

N° du Lot F 825

شفي 20 غشت

بضاء

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

الدار البيضاء، في:

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets

PPV: 168,20 DH
LOT: 629271
PER: 09/21

PREDNI 20 ma

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

42,00

02,28
42,00

M: Jenny lait.

1). Augmnet sach 1g
168,20 1 sach + 2

168.20

1 sach + 2

2) Rx dig, Cp 20
42.00
21.80

STE PHARMACIE HAMZA
Casablanca - Tél: 0522 93 12 00

106 ✓

3) Rx poly Meds 9
21,80

106 ✓

Dr. JABRI AHMED
Oto. Rhinol.
Chirurgie - Laryngologie
Bd. Sidi Abderrahmane
Casablanca - Tél: 0522 93 12 00
Email: ahmedjabri@hotmail.com

Risarel 1/2l N
ET H 221 207

شارع سيدى عبد الرحمن - درب الحرية، الطابق الأول (أمام مصحة ياسمين) الحي الحسني الدار البيضاء

76, Bd. Sidi Abderrahmane - Derb El Houria, 1er étage (En face Clinique Yasmine) Hay Hassani Casablanca - Tél: 0522 93 14 99 - Email : ahmedjabri@hotmail.com - INPE : 091079491