

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° W21-802189

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : MON2 Matricule : _____ Société : _____

Actif

Pensionné(e)

Autre : _____

Nom & Prénom : TAYA CH NAHID

Date de naissance : 29/03/80

Adresse : _____

Tél. : 0669593937 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr SAADALLAH Khalid
Chirurgien Urologue
101 Angie Bd Abdelloumen
& Bd Anoual CASABLANCA
TEL. 05 22 86 33 99/05 22 86 59 91

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : TAYA CH NAHID Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : infection genitale

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 : _____

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

Le : _____ / _____ / _____

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

AUXILIAIRES MEDICAUX

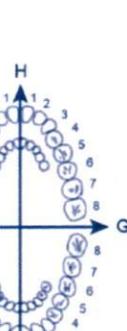
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	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 style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	B	H	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G																	
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	B																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B	H																		
				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'EXÉCUTION

الدكتور سعد الله خالد

جراحة الكلي والمسالك البولية والتناسلية

عضو الجمعية الأوروبية والفرنسية لجراحة الكلى

فحص وجراحة الكلي والمسالك البولية بالمنظار

للكبار والأطفال

تفتيت حصى الكلي والمسالك البولية

بأشعة الميموم لليز

جراحة البروستات بأشعة غرين لait

علاج العقم والعجز الجنسي عند الرجال

علاج الأمراض التناسلية

علاج التبول الإبادي عند الأطفال

جراحة الفتق عند الكبار والأطفال

Dr. SA'ADALLAH Khalid

Chirurgien urologue

Cœliochirurgie urologique

Chirurgie urologique adulte et enfant

Cancérologie urologique

Chirurgie de l'incontinence urinaire

Traitement de la prostate par laser Green Light

Traitement des calculs urinaires au laser Holmium

Enurésie chez l'enfant

Circoncision masculine – AMP

Impuissance sexuelle

Chirurgie des hernies chez l'adulte et l'enfant



Casablanca, le : 24/10/2023

Mr. TAYACh NABIL
130,00

1) Myco sept. 1+ n'fette int. hisni pol 15
67,40

2) Polygynax 1 vial 106 كم 106

Pharmacie Jawhara
BELMANSI - S.
Dr. en Pharmacie
22, Rue Léonard de Vinci
Tél et Fax : 05 22 86 34 - Casablanca

SAAD ALLAH Khalid
Chirurgien Urologue
101 Angle Bd. Anoual - Casablanca
Tél et Fax : 05 22 86 33 99 - 05 22 86 59 91 - Urgences : 06 62 33 64 36 - 06 61 80 87 64

452 ، زاوية شارع عبد المؤمن وشارع أنوال ، عمارة عبد المؤمن ساتر فوق مقهى المدينة ، الطابق الأول رقم 101 - الدار البيضاء

452, Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual - Imm. Abdelmoumen center au-dessus du café El Madina,

Etage N° 101 - Casablanca Tél. : 05 22 86 33 99 - 05 22 86 59 91 - Urgences : 06 62 33 64 36 - 06 61 80 87 64