

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	425	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	A 78776
Nom & Prénom :		F.R.A.Qi Nourzha	
Date de naissance :			
Adresse : Boulevard ghamdi El Rue Ahmed EL 1 et 3 Kadmia Riviera			
Tél. :	05 22 23 82 11	Total des frais engagés : 737,20 + 300 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Docteur Amine DASSOULI Spécialiste en Médecine Physique et Reumatologie Fonctionnelle 182 Bd Anouar "Tour Hassan" Casablanca - Tel : 05 22 20 45 45 Consultation : Tel : 05 22 22 78 18 </div>		
Date de consultation :	5/8/2023	Age:	74
Nom et prénom du malade :	TRAQI Houssain	Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Rupture des fibres 1. Dent 2. H.V. 3. H.I.		
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) :

Le : / /

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
3/8/23	CS	→	300,-	Docteur Amadou Sow Malasse Physique et Reha Anjouan - Tour Autel Téléphone - Tél: 03 22 30 18 30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 99 bis Rue Beyrouth Hay Laayoun 05 22 85 59 48	05-03 2023	717000

ou du Fournisseur
PHARMACIE BEYROUTH
99 Bis, Rue Elyrouth
Hay Laayouné 05 22 85 59 48
Tél :

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

UT.AV : 0.9 2 2.5 P.P.V.

LOT N°: GP 164 136,60

SOINS

UT.AV :

P.F.V

LOT N° :

A diagram of a dental arch showing the upper teeth. Each tooth is labeled with a number from 1 to 8 and a symbol indicating its type: 1 (triangle), 2 (square), 3 (diamond), 4 (circle), 5 (hexagon), 6 (heptagon), 7 (octagon), and 8 (nonagon). The teeth are arranged in a curve, starting with a molar on the left and ending with a molar on the right.

09366130/3

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amine DASSOULI

Spécialiste

Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris V

D.U d'Appareillage des Handicapés Moteurs-Paris V

de Diététique et Nutrition Clinique et Thérapeutique Paris XIII

Mal de Dos, Sciatique, Douleurs os et articulations, Neurorééducation
opathie, Médecine du sport, Mésothérapie, Echographie interventionnelle

Toxine botulique, Bilan uro-dynamique



الدكتور أمين الدسوقي

إختصاصي

في الطب الغرباني والترويض والتأهيل الوظيفي

خريج كلية الطب بباريس

شهادة الجامعة في تركيب الأعضاء الإصطناعية

و التجهيزات الخاصة بالأشخاص المعاقين بدنيا

ش. ج. في الحمية والتغذية العلاجية والسريرية - باريس ١٣

آلام الظهر، آلام العظام والمفاصل، ترويض الجهاز العصبي

التقويم اليدوي للعظام، الطب الرياضي، الحقن تحت الصدى

كشف التبول الديناميكي

Casablanca le : ٥/٨/٢٠٢٣

Nom : IRAQI Houssaini

Wouzba



148.00 x 3.

1) Anginab

S.V

pendt 3 mois

536.60

2) Audr Sng

1 g / f

S.V

pendt 3 mois

3)

A ximy aue

1 g x 21

S.V

pendt 7 f

4)

Volterine Emulg

1 opp x 30 f

S.V

737.20

PHARMACIE BEYROUTH
99 Bis , Rue Beyrouth
Hay Laayouna
Tél. : 05 22 85 59 48

Docteur Amine DASSOULI
Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle
Bd .Anoual « TOUR ANOUAL » 1^{er} Etage N°3
Casablanca - Tel. 05 22 30 16 69

182, Bd .Anoual « TOUR ANOUAL » 1^{er} Etage N°3

شارع أنوال « برج أنوال » رقم 3 الطابق الأول

الدار البيضاء . الهاتف : 05 22 86 18 69 / 08 08 36 20 19

E-mail : amidassouli@gmail.com Urgences : 06 61 07 33 59

مستعجلات