

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 9728			
Société :			
Nom & Prénom : DOUNIATI NASSIMA			
Date de naissance : 01-04-68			
Adresse : Habituelle			
Tél. : 0634604787 Total des frais engagés : 395.20 Dhs			

Autorisation CNIDP n° : A 215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : 		
Date de consultation : 04/12/2023	Nom et prénom du malade : DR LAMHAYA Zineb Age: 20 ans		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	Nature de la maladie : ANEMIE, RENAL		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un emballage confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

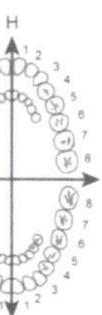
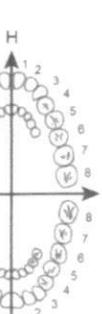
Signature de l'adhérent(e) : 	J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.		
	Fait à : Casablanca	Le : 22/12/2023	Dr. IMRANE MOUATASSIM
			



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
04-12 2023	C		200,00	INP : 91168624 Dr. Imrane MOUATASSIM MEDECIN AGREE Par le Ministere de la Sante et autorise a exercer son activite dans la ville de Casablanca ou Oulle Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr. TIR Abdelaziz Route Mly Thami Hay Hassan Tél: 0522 90 21 67 Casab	04/12/23	195,20

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
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.																			
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 PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<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 colspan="2" 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;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000		00000000	D	00000000	00000000	35533411		11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	00000000		00000000																
	D	00000000	00000000																
	35533411		11433553																
	B																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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. Imrane MOUATASSIM

OMNIPRATICIEN

DIPLOME UNIVERSITAIRE:

ECHOGRAPHIE GENERALE

MEDECINE D'URGENCE

NUTRITION ET THERAPEUTIQUE METABOLIQUE

EXPERTISE MEDICALE

SUIVIE HTA ET DIABETE



الدكتور عمران معتصم

الطب العام

دبلوماتي:

الشخص والصحي

الطبي الاستعجالي

التغذية وال營養

الخبرة الطبية

تنبئ أمراض الضغط والسكري

طبيب معتمد للفحص الطبي الخاص برخص السيارة

Casablanca, le..... 04.12.2023 الدار البيضاء، في.....

ن° LAMHAYA Zineb

15,30

2/ vitacross

52

PHARMACIE
DR. TIR

58, Route My
Tel: 05229

POLYCLINIQUE

Lot:
À consommer de
préférence avant le:
PPC: 79,50 DH

230577

06/2028

79,10

2/ Carbosorb

52

ap

82,10

3/ INEXIUM 20

52

ap

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bncu al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boite 14
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

18,30

4/ clopram 10

52

ap

PPV 18DH30

EXP 03/2026
LOT 200085

195,20

5/ No SPA

52

(Dr Abdou)

Dr. Imrane MOUATASSIM
MEDICIN AGREE
Par le Ministère de la Santé
Permis de pratiquer
Visite Sabeb Oued Casablanca
710, Bd Oued Casablanca
Tel: 05 22 90 33 27

□ Contrôle :

□ Par le Ministère de la Santé
Permis de pratiquer
Visite Sabeb Oued Casablanca
710, Bd Oued Casablanca
Tel: 05 22 90 33 27

INPE: 91168674

IF: 15201569

ICE: 001681749000029

CNSS: 4734134

710, Bd Oued Sabou, Angle terminus 35, EL ALIA - Tél. 05 22 90 33 27 - Email: drimrane@gmail.com