

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

entaire :

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.

adie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed V 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° S19-0001122

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11.11.7 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

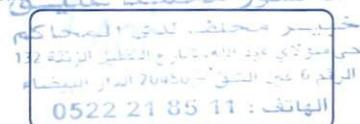
Nom & Prénom : EL MOUK, Younes Date de naissance : 12/09/75

Adresse :

Tél. : 06 44 26 63 32 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/07/20

Nom et prénom du malade : El Mouk, Younes Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : chir rotateur de l'épaule

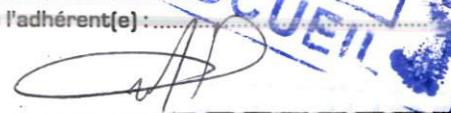
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 05/08/2020 Le : / /

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
29/10/2020			150.00	Handwritten signature and stamp: Dr. [Signature] 0522 21 85 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Handwritten signature and stamp: Pharmacie [Signature]	29/10/2020	150.00
	29/10/2020	

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
DEBUT D'EXECUTION				MONTANTS DES SOINS
FIN D'EXECUTION				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الشافٰ هو الله

Docteur Mohamed AATIK

Docteur en Médecine

الدكتور محمد عتيق
دكتور فرج الله



- الطبع العام
- حائز على شهادة الطبع الرياضي الحميمية - التغذية الرياضية
- الطبع الفيزيائي - الترويض الطبي
- الطبع الطبيعي
- حائز على شهادة الخبرة الطبية والتعويض القانوني للضرر الجسدي
- خبير قضائي م耕耘 لدى المحاكم

- Médecine Générale
- Diplômé en Médecine de Sport Nutrition Diététique Sportive
- Kinés Réé **PPV : 51,40 %**
- Médecine Naturelle
- Diplômé en Expertise Médicale et Réparation Juridique du dommage Corporel
- Expert Judiciaire Assermenté auprès des Tribunaux

حي مولاي عبدالله، شارع الخليل، الزنقة 132، رقم 6 - عين الشق
05 22 50 84 03 - 05 22 85 11 - الدار البيضاء - الهاتف : الفاكس :

Hay My Abdellah, Bd. Al Khalil, Rue 132 N° 6 - Aïn Chock
80 - Casablanca - Tél. : 05 22 21 85 11 - Fax : 05 22 50 84 03