

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 | adhésion@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° W19-499226

15699.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 08498	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AMHIL ABDELLAH			
Date de naissance : 01-01-1954			
Adresse : RUE 18 N°39 GOLF ouLFA CASA			
Tél. : 0678460253	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
DR MERSSETI Mustapha Médecine Générale N° E.N°17 Hay My Rochis 16170.46.94-CASABLANCA			
Date de consultation : Age :			
Nom et prénom du malade : AMHIL			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Diabète			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>(Large handwritten note in blue ink, mostly illegible)</i>			
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

(Large handwritten signature in blue ink, mostly illegible)

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
10/11/19	CEU	CEU	100	INP : 091112482 Dr MERSSETTI Autophagie Médecine générale N° 1234567890 Hoch

Dr. MERSSETTI Augusto
Néocroto Généalo
BC E.M.º 17 Hoy AM Hoch 103
20-4-94-CASALGRANDE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/11/2015	680,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

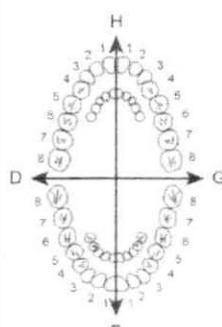
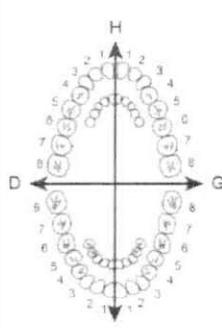
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS								
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION								
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<p>H</p> <table> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table> <p>D</p> <table> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>G</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la prothèse.</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS								
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION								

Dr Mostapha MERSSETTI

Ex. Médecin Interne de l'Hôpital de Gisors France

Ex. Médecin Chef des F.A.R.

Médecine Générale

Bd (E), N° 17, Hay Moula
Casablanca - Tél.: 05 22

Casablanca

LOT : 7915
UT. AV : 09 - 21
P.P.V : 34 DH 00

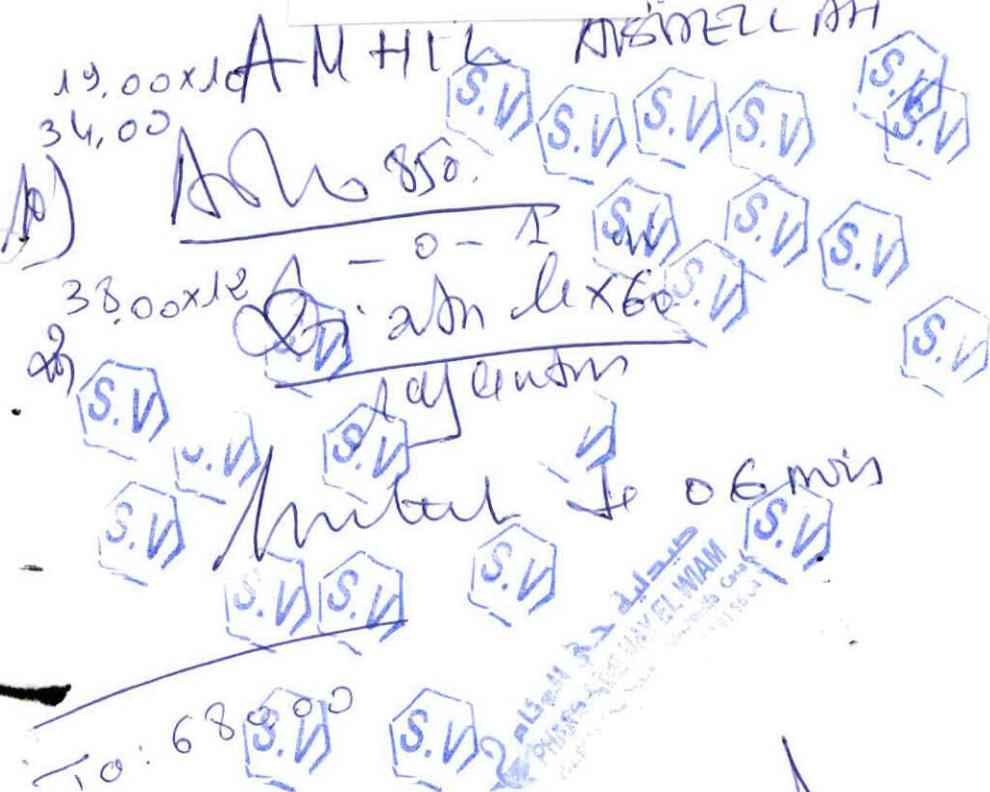
الدكتور المصطفى المرسي

طبيب داخلي سابق بمستشفى جيزور بفرنسا
طبيب رئيسي سابق بالقوات المسلحة الملكية

الطب العام

شارع (و) رقم 17، حي مولاي رشيد
دار البيضاء. الهاتف: 22 70 46 94

الدار البيضاء، في



Dr MERSSETTI Mostapha
Médecine Générale
Bd E.N°17 Hay Moula
Tél: 05 22 94 70 46 94
CASABLANCA

LOT : 9135
UT. AV : 07-20
P. P.V : 19 DH 00

LOT : 9135
UT. AV : 07-20
P. P.V : 19 DH 00

LOT : 9135
UT. AV : 07-20
P. P.V : 19 DH 00

LOT : 9135
UT. AV : 07-20
P. P.V : 19 DH 00

**LOT : 9135
UT. AV : 07-20
P. P.V : 19 DH 00**

LOT : 9135
UT. AV : 07-20
P. P.V : 19 DH 00

LOT : 9135
UT. AV : 07-20
P. P.V : 19 DH 00

LOT : 9135
UT. AV : 07-20
P. P.V : 19 DH 00

LOT : 9135
UT. AV : 07-20
P. P.V : 19 DH 00

LOT : 9135
UT. AV : 07-20
P. P.V : 19 DH 00

38,00

38,00

38,00

38,00

38,00

38,00

38,00

38,00

38,00

38,000

38,00

38,00