

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Biologie 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.

que :

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.

taire :

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

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



Déclaration de Maladie

Nº P19-0035893

62692

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5625

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TOUIL ABDELLATIF

Date de naissance : 01.01.1955

Adresse : Hay EL Mesjid Avenue B2 N° 331 CASA

Tél. : 06 41 94 10 521

Total des frais engagés : 228,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. MOHAMED AMINE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGUE
50, Rue TATA - CASABLANCA
Tél. : 022 27 01 93 Fax : 022 27 96 47

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TOUIL SAFAA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 : CASA

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
04 MAR 2021	c2		gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR H. ZAKHLOU F1 Masjid Rue 48 N° 17 05 22 28 02 17	13/01/2017 21	22850

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

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed AMINE

Spécialiste de :

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

Diplômé du C.E.S. de Gastro-Entérologie
de la Faculté de Médecine de TOULOUSE
et de MEDECINE INTERNE

Diplômé de l'Université de Nutrition et Diététique
Diplômé d'Université de Diabétologie

Diplômé d'Université des Maladies Phospho-
Calciques de l'OS

Diplômé d'Université d'Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de MONTPELLIER

Membre de la Société Marocaine de Médecine Interne

Membre Titulaire de la Société Française
des Maladies de l'Appareil Digestif

Membre Titulaire de la Société Française
d'Endoscopie Digestive

Membre de la Société Européenne Méditerranéenne
de Proctologie

الدكتور محمد أمين

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

شهادة التخصص العليا من كلية الطب بتولوز والطب الباطني

شهادة جامعية في أمراض التغذية والسامة

شهادة جامعية في أمراض السكري

شهادة جامعية في أمراض الفوسفور والكلاسيوم للعظام

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

من كلية الطب بمونبولي

عضو الجمعية المغربية للطب الباطني

عضو رسمي للجمعية الوطنية الفرنسية

لأمراض الجهاز الهضمي

عضو الجمعية الأوروبية المتوسطية

لأمراض الشرج والبواسينا / ESSD

Casablanca, le

4 MARS 2021

الدار البيضاء، في

Nes Salme

3 ml

Régime

1 cuill

Anti - gue.

3 cuill

VG fette

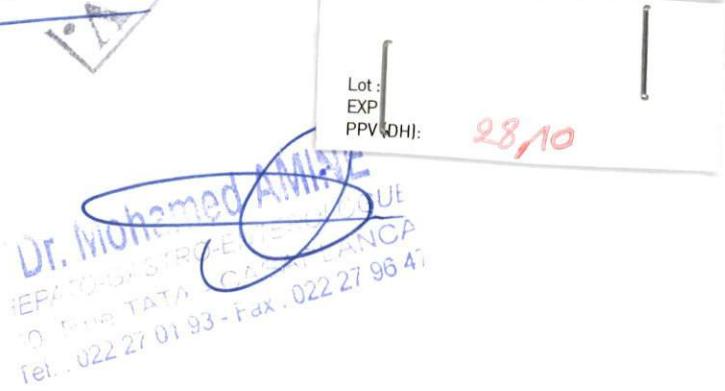
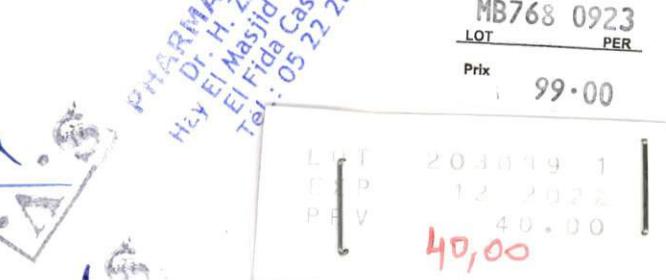
3 l

4,00

28,10

25,66

PHARMACIE NASSER
Dr. H. ZARHOULE
Hab El Masjid Rue 48 N° 11
El Fida Casablanca
Tél.: 05 22 28 02 22



05 22 29 54 88 - الهاتف : 05 22 27 01 93 - زنقة طاطا (بوانكار سابقا) الدار البيضاء - 50

50, Rue TATA (Ex. Poincaré) - Casablanca (Face café la Comédie) - Tél. : 05 22 27 01 93 - Fax : 05 22 29 54 88

GSM : 06 61 27 19 19 - E-mail : aminerachid@gmail.com - Autorisation SGG 4248