

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0005682

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8114 Société : RSM (9159)
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : GRIOU ABDERRAHIM
Date de naissance : 03/06/1963
Adresse : LOT MYLTHAM, Rue 3 N°42, EL ANASSER
Tél. : 0662 37 22 45 Total des frais engagés : 317,80 + 300 = Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur AMAR Isaac Jacques
UROLOGIE
9, Rue Maarakat Ouhoud
Tél: 05 22 22 27 66 - Casablanca
08 NOV 2021


Date de consultation : 08 NOV 2021
Nom et prénom du malade : GRIOU Abderrahim 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 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 : CASABLANCA Le : 01 / 11 / 21
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
09 NOV. 2021	2		300 DH	Médecin : Docteur AMAR Isaac JACQUE UROLOGIE 19, Rue Macarati Ouhou TEL: 05 22 22 27 66 - Casablanca

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09 NOV 2021	2		300 DH	 Docteur ABDEL ISMAËL JACQUE

[illegible]

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
---	------	-----------------------

09/11/21	31780
----------	-------

[illegible]

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

[illegible]

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

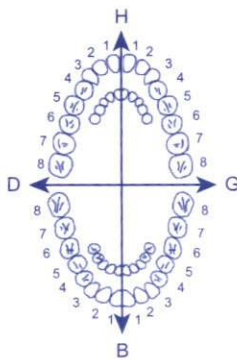
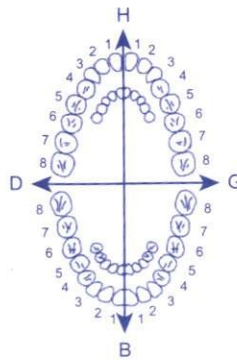
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 canalaire, ainsi que le bilan

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	(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 AMAR Isaac Jacques

Diplômé de la Faculté de Médecine

de Montpellier

UROLOGIE

CHIRURGIE DES VOIES

URINAIRES

(Reins - Vessie - Prostate)

Explorations et Traitements

Endoscopiques

LITHOTRITIE EXTRACORPELLE

STERILITE MASCULINE

CIRCUNCISION

9, Rue Maarakat Ouhoud (Ex, Capitaine Maréchal)

Station Tramway Place des Nations Unies - CASABLANCA

Tél : 05 22 22 27 66 - Fax : 05 22 47 14 12

الدكتور أمار اسحاق جاك

خريج كلية الطب بمونبيلي

اختصاصي في أمراض البول

جراحة المسالك البولية

كشف وفحص الجزء الداخلي

شفاء العقر

الختان

محطة طرامواي ساحة الأمم المتحدة

9، زنفة معركة أوح (ماريشال سابقا) الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 22 27 66 - فاكس : 05 22 47 14 12

Casablanca, le 03. 11 2021

LOT 20/588
EXP 05/2023
PPV 52.80DH

74,80

57,00

EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40
EXP 08/2024
LOT 18015 2

EN CAS D'URGENCE S'ADRESSER A LA CLINIQUE BADR

35, Rue EL ALLOUSSI Bourgoigne (Face Mosquée Badr) - Casablanca

Tél. : 05 22 49 28 00 - 05 22 49 23 80 / 81 / 82 / 83 / 84 / 85 - Fax : 05 22 49 23 86