

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

- Réclamation : 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.

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

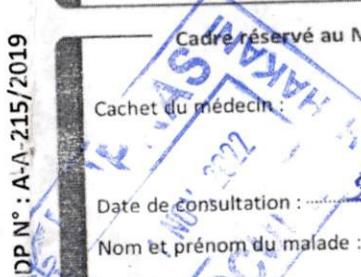


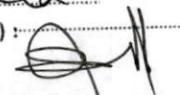
Déclaration de Maladie

N° W21-723099

137965

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7292 Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HILALI NAOUEL			
Date de naissance : 16 NOV 1968			
Adresse : 174, Quartier Rayenne			
Tél. : 06 61 50 32 4 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNOP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Dr. Imrane MOUATASSIM MEDECIN AGREE Par le Ministère de la Santé Visite Médicale - Permis de soigner 710, BD. Oued Sebou Oulf - Casablanca Tel. 05 22 99 33 27		
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 25/08/2018 Nom et prénom du malade : HILALI NAOUEL Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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
 Signature de l'adhérent(e) : 

Le : / /



BELEVE 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
25.08.2022	C Echos		200,00	INP : 911666245M Dr. Imrane MOUATADIM MEDECIN AGREE par le Ministere de la Sante Fait Medecins - Permis de conduire Yassine Ould Sebou Oujda Casablanca 0524 03 33 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

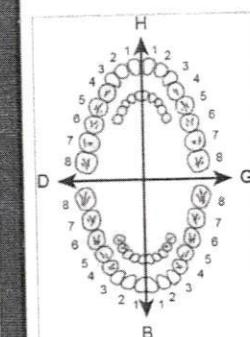
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODR.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	R



(Création, remont, adjonction)

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

دبلوم جامعي:

الجسم والصحة

الطبي الأستعجالي

التغذية والحمية

المادة الطبية

تتبع أمراض الضغط والسكري

طبيب معتمد للفحص الطبي الخاص بـ رخص السياقة

Casablanca, le..... 25/08/2022..... الدار البيضاء، في.....

N° HILALI NAOUL

97,90

(S.V)

LOT 213089 2

EXP 11/23

PPV 97,90 DH

21 Cefico 2003

1 - 0 - 1

CEFIKO
m 8gms

21 Inxim 2003

(S.V)

m 14gm

32,90

1 -

PPV

LOT

PER

32,90

31 clofex 50

50 -

45,00 - 1 - 1 - 1

NO - SPA FORTE 80MG
CP 820
P.P.V : 45DH00
10/2023
118000 061816

41 No - SPT fib

(S.V)

PPV

LOT

PER

m 14gm

1. 125,67 1 - 1 - 1

Dr. Imrane MOUATASSIM
MEDECIN AGREÉ
par le Ministère de la Santé
et l'Ordre des Médecins - Permis de Conduire
N° 10 000 045 000029
ICE: 10 000 045 000029
Tel: 05 22 90 33 27 - Email: drimrane@gmail.com

Contrôle :

INPE: 91168674

IF: 15201569

710, Bd Oued Sabou, Angle terminus 35, EL ALIA

CNSS: 4734134

PHARMACIE ROCHDI
Rue AL FIRDAOUS G.F. 4 Unité A 117
N° 3 Hay Hassan - Casablanca
Tel : 022.88.32.86