

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-803383



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :	EL YASMI KHALID	Société :	4504
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL YASMI KHALID
Nom & Prénom : EL YASMI KHALID			
Date de naissance : 28-02-1963			
Adresse : lotissement EL ASSIL RUE 3 N 135 MOHAMEDIA			
Tél. :	0661 167427	Total des frais engagés : 1387,2 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MANSOUR Hassan
Traumatologue - Orthopédiste
1, Av. Abderrahman Serghini
Bouagam, Mohammedia

Date de consultation : 29/05/2023

Nom et prénom du malade : EL YASMI KHALID

Lien de parenté :

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 : MOHAMEDIA

Signature de l'adhérent(e) : 15/06/2023

Le : 15/06/2023

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
20/05/2023	C	# 230	Dr. MANSOUR Hassani Frais de consultation 1, Av. Abderrahmane Bougara Dr. MANSOUR Hassani Traumatologie - Orthopédiste 1, Av. Abderrahmane Serghini Casab. Nohammedia	091091348
05/06/2023				
23/06/2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23.10.2008	537,20.

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
MANSOUR HASSI Traumatologue - Orthopédiste Av. Abderrahmane Serghini Bougania - Mohammedia	19/05/2023	220	220 DA

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 l'ODF.																													
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Rows for teeth 1-8, 1-8, 1-8, 1-8, 1-8, 1-8, 1-8, 1-8)	Nature des Soins (Rows for Nature of Care)	Coefficient (Rows for Coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																									
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																									
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																									
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																									
				O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			Coefficient des travaux <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/> Montants des soins <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/> Date du devis <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/> Date de l'exécution <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>	Coefficient des travaux <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>							
						H	25533412	21433552																					
							00000000	00000000																					
						D	00000000	00000000																					
							35533411	11433553																					
B																													
Montants des soins <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																													
Date du devis <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																													
Date de l'exécution <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																													

Dr. MANSOUR Hassan

Chirurgien spécialiste
en traumatologie-orthopédie

الدكتور منصور حسن

أخصائي في أمراض وجراحة
العظام والمفاصل



Mohammedia, le

29/05/2023

M. El yasmi (Athar)

75,00

1. CELEPHI 200 mg 10 + 2 + 2

1 Gélule / jin

x 15 j

13,90

2. Algik



14 + 3 / jin

si souffre

283,00 a 3

3. Chondrosoft



Gélule

x 3 / jin

+ 03 mois

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ
6 11800 1271214
PPV : 283,00 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ
6 11800 1271214
PPV : 283,00 DH

13,90

Dr MANSOUR Hassan
Traumatologue Orthopédiste
1. Av. Abderrahman Serghini
Imm Bouagan - Mohamme

CELEPHI* 200 mg 10 Gélules

6 118000 051619

بيان: نحن نحيث بالحقيقة شارع عبد الرحمن السرغيسي عمارة بوركون (عوق صيدلية المسبيح) الطابق الأول رقم 1

Adresse : Avenue Abderrahman Serghini, Imm BOUARGAN App. N°1 1er étage Mohammedia

Tél. : 0523.30.22.22

Urgences : 0664.47.21.51

العنوان: الشارع عبد الرحمن السرغيسي

Dr. MANSOUR Hassan

Chirurgien spécialiste
en traumatologie-orthopédie

الدكتور منصور حسن

أخصائي في أمراض وجراحة
العظام والمقاييس



Mohammedia, le

29/01/2023

M^{rs} EL YASMI KHATIB

FRACTURE

R x de jamen droit E/P = 220
= 200, ~ 84 (deux cent quatre-vingts)

Dr MANSOUR Hassan
Traumatologue. Orthopédiste
1, Av. Abderrahman Serghini
Imm Bouagan Mohammedia

العنوان: قرب حمام الخديقة شارع عبد الرحمن السرغيني عمارة بوركون (فوق صيدلية النسج) الطابق الأول رقم 1

Adresse : Avenue Abderrahman Serghini, Imm BOUARGAN App. N°1 1er étage Mohammedia

Tél.: 0523.30.22.22

الهاتف
Urgences : 0664.47.21.51