

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.

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.

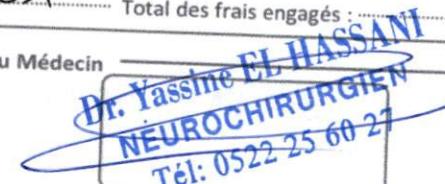
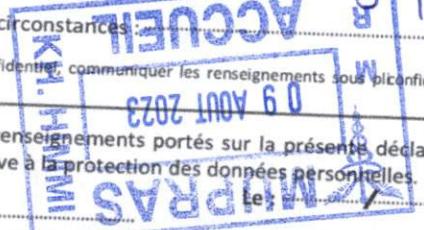
Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : 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.

N° W21-781570

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricle : <u>12568</u>			
Société : <u>RAM</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : <u>ES. SATTE HOUSSAM</u>			
Nom & Prénom : <u>ES. SATTE HOUSSAM</u>			
Date de naissance : <u>27/04/87</u>			
Adresse : <u>RIAD ANDALOUSSE MARBELLA 3 1MM 59</u>			
APPT 20 KAY RIAD RABAT			
Tél. : <u>0678490701</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <u>07 AOUT 2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>ESSATTÉ LILY</u> Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <u>Affection neurologique</u>			
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 : _____ 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
07 AOUT 2023	g	304	Dr. Hassan El Hassan CHIRURGIEN INN 22555	INP : 0911710711

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>																
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES 																		
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----		-----		B	35533411	11433553	G
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
-----		-----																
B	35533411	11433553	G															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Docteur Yassine El Hassani

الدكتور ياسين الحساني

Neurochirurgien

Spécialiste en Chirurgie de la tête et du dos
Adulte et Enfant

Ancien interne des hôpitaux

Ancien Chef de clinique neurochirurgie
Hôpitaux Universitaires Genève (Suisse)

Diplômé en Electroencéphalographie à Lille (France)
Spécialiste en migraines et céphalées

طبيب جراح للأعصاب

مختص في جراحة الرأس والظهر
للكبار والأطفال

طبيب داخلي في المستشفيات الجامعية سابقاً

رئيس مصحة لجراحة المخ والأعصاب

للمستشفى الجامعي لجنيف سابقاً (سويسرا)

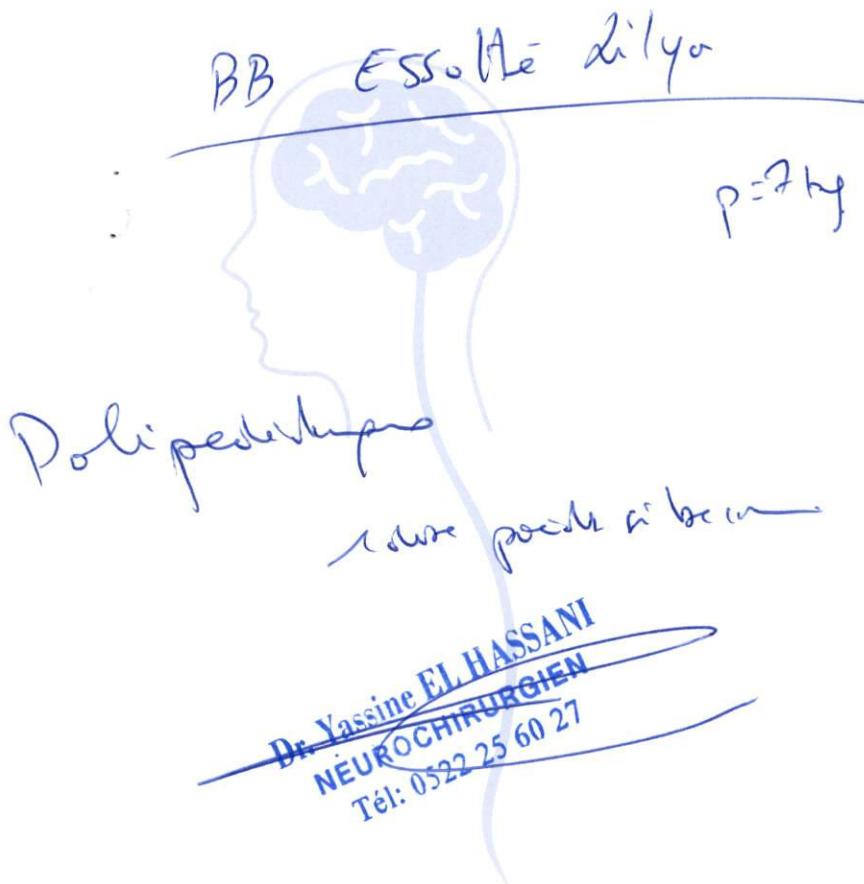
حاصل على دبلوم في التخطيط الكهربائي للدماغ بليل (فرنسا)
الشقيقة وألم الرأس

Sur rendez vous

بالموعد

Casablanca le..... 07 AOUT 2023

Rp :



Bd Abderahim Bouabid (ex Jerrada), N°61 et rue des mésanges N°5, CP 20410, Quartier Oasis Casablanca

شارع عبد الرحيم بوغباد (شارع جرادة سابقاً)، رقم 61 وزاوية زنقة ميزنچ رقم 5، درب الوازيس - الدار البيضاء

الفاكس/الهاتف : 06 26 43 32 82 - المستعجلات : 05 22 25 60 27 - Tél/Fax : 05 22 25 60 27

البريد الإلكتروني : Email: drelhassaniyassine@gmail.com