

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.

192949

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <u>432</u>	Société : <u>NAOM</u>	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>OUARSI Yassine</u>		
Date de naissance : <u>1-1-1989</u>		
Adresse : <u>43 Rue Al Amoudiyya 100</u>		
Tél. <u>0661 14 4243</u> Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
	Doutor ABBOUR Mohamed Médecine Générale Médecine du Sport Bd. Bagdad 177 bis, Ain Chok Casablanca - GSM : 0677 11 11 11
	Cachet du médecin :
	Date de consultation :
	Nom et prénom du malade : <u>OUARSI MUSTAFA</u>
	Age : <u>84 ans</u>
	Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
	Nature de la maladie : <u>sol digestif.</u>
	En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>31 JAN 2021</u>
	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) : BEN
Le : 19/01/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
19/01/2024	c	-1	67	INP : 091000463 Dr ABDOUR Mohamed Médecine Générale Sport Chole

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DE L'OPERA <i>Mme Souad AMOR</i> <i>82, Rue Mohamed Bahr</i> <i>522 21 11-72</i> <i>Casablanca</i></p>	<i>10/11/94</i>	<i>209.90</i>

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D ————— G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G				00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D ————— G																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ABBOUR Mohamed

Médecine Générale

Titulaire du diplôme Universitaire

de médecine du Sport de Renne en France

Medecin agréé pour la délivrance des certificats

medicaux pour l'obtention du permis de conduire



الدكتور عبور محمد

الطب العام

حاائز على شهادة جامعية في الطب الرياضي

برين بفرنسا

طبيب مرخص لمنح الشواهد الطبية

للحصول على رخصة السياقة

Casablanca, le

19/01/2014

DUSPATALIN MUSTARNA

73.80

ns Meprobolat

54.0

DUSPATALIN 200MG
GELU 820
P.P.V : 54DH00
Barcode
6 118000 010531

82.1

209.90

LOT: 5716
PER: 07/26
PPV: 82DH10

1 g PHARMACIE DE L'UPERA
matin et midi femme. Souad AMOR
82, Rue Mohamed Bahi
Casablanca Tel: 0522.211.72
Dusphatalin 200 mg
ns 3 x / un
5 minutes avant les repas

Eugol long
1x1/ un à jeun matin

Docteur ABBOUR Mohamed
Médecine Générale
Médecine du Sport
Bd. Baghdad 177 bis, Ain Chock
Casablanca - GSM : 0671.45.22

177. مكرر شارع بغداد (أمام الخيرية الإسلامية) - الهاتف المحمول : 06 74 45 11 90

177, Bis Bd Baghdad Ain Chock - GSM : 06 74 45 11 90

(En face de la maison de bienfaisance Ain Chock) - Casablanca