

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.

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

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

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



Voir parrain à l'adhérent
AMPL

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007693

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12576 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SIMON ADEL Date de naissance : 01/09/86
Adresse : CITE EL WADIA, N°22 ALIA, MOHAMMEDIA
Tél. : 0667762010 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Thami TAZI
Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Résidence JAWAD, Rue Bourgone
Mohammedia

Date de consultation : 18 JUL 2019 / Tel : 05/23 31 77 81

Nom et prénom du malade : SIMON ADEL Age : 33 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Gonalgie choit

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 : Medea Le : 18 JUL 2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
01.10.2019	Ce		300,000	

[illegible][illegible][illegible]

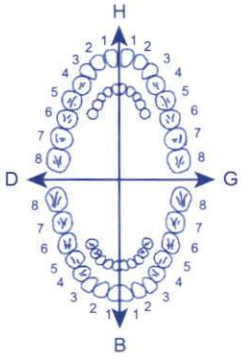
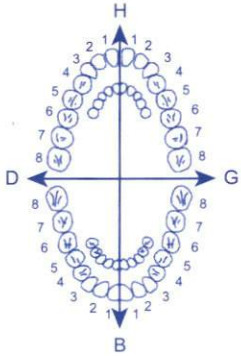
[REDACTED]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

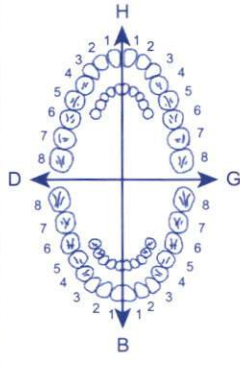
Important :

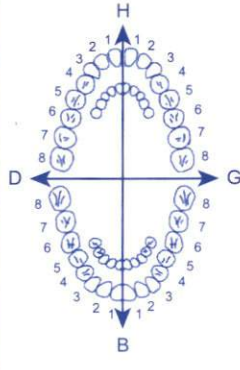
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
				CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>							
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>							
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>							
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>							
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>							
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;"> D </td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"> G </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> 00000000 00000000 35533411 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;"> B </td> </tr> </table>				H 25533412 21433552 00000000 00000000		D	G	00000000 00000000 35533411 11433553		B
	H 25533412 21433552 00000000 00000000										
	D	G									
	00000000 00000000 35533411 11433553										
	B										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>							
				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>							
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					
				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											
	<div>H</div> <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <div>B</div>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction]											
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>									
		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>									
		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>									
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT



Mr 12576

مصحة أنفا - المحمدية *Clinique Anfa - Mohammedia*

Mr SIMMOU Adel

Faire pratiquer 12 séances de rééducation au niveau du genou droite.

- Renforcement isométrique du quadriceps
- Renforcement des ischio-jambiers
- Proprioceptivité

Fait à Mohammedia le 18/07/2019

Docteur Thami TAZI
Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Résidence JAWAD, Rue Bourgone
Mohammedia
Tél : 05 23 31 07 81

Docteur Thami Tazi

Chirurgie Orthopédique

Chirurgie du Pied et de la Cheville

Ancien Assistant au C.H.U d'Angers - France-

Membre de l'Association Française de Chirurgie du Pied



الدكتور التهامي التازي

اختصاصي في جراحة وأمراض العظام والمفاصل

جراحة القدم

Le : 10/04/2019

7/2

Sinon Asel

Lifectum

Ortho Lefevre

tr. 2

Docteur Thami TAZI
Orthopédiste - Chirurgie du Pied
Résidence Jawad, Rue Bourgogne
Mohammédia
Tél : 05 23 31 07 81

Consultations : Résidence Jawad, rue Bourgogne - Mohammédia - Tél : 0523 31 07 81

Urgences : Clinique Anfa Mohammedia - Tél : 0523 31 60 60

thamitazi@chirurgie-du-pied.ma