

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.

Biologie 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.

Educateur :

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.

Prothésiste :

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.

AS : 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



25931

Déclaration de Maladie : N° P19- 0022960

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04802 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOVAIRI MOSTAFA Date de naissance : 21/03/1959

Adresse : Abatuelle

Tél. : 0648499371 Total des frais engagés : 701,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/06/2020

Nom et prénom du malade : CHOVAIRI KHADIGA Age : 53

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

Nature de la maladie : Embolie pulmonaire aiguë atypique

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 Le : 14/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0022960

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 04802

Nom de l'adhérent(e) : CHOVAIRI

Total des frais engagés : 701,50

Date de dépôt : 14/04/2020

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/04/2020 CS	1	300,00	
00			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/04/20	401,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <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>D</td><td>G</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		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amine DASSOULI

Spécialiste

En Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris V
D.U d'Appareillage des Handicapés Moteurs-Paris V

Mal de Dos, Sciatique, Douleurs os et articulations, Neurorééducation
Ostéopathie, Médecine du sport, Echographie interventionnelle



الدكتور أمين الدسولي

إختصاصي

في الطب الفيزيائي و الترويض و التأهيل الوظيفي

خريج كلية الطب بباريس

شهادة الجامعة في تركيب الأعضاء الاصطناعية

و التجهيزات الخاصة بالأشخاص المعاقين بدنيا

آلام الظهر، آلام العظام و المفاصل، ترويض الجهاز العصبي
التقويم اليدوي للعظام، الطب الرياضي، الحقن تحت الصدى

le : 10/04/2020

Nom : CHOUAIB K. Khadja

30,00

1) Dolnam

1cp x 3

+ 1cp x 3

90,00

2) Mydoflex

1cp x 3

75,00

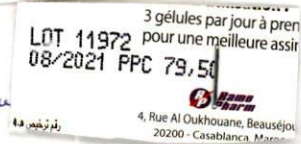
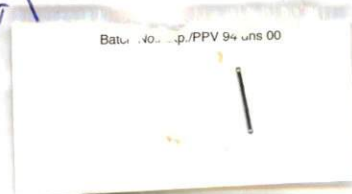
3) Algea Relaxant

198,00

4) Noctephal

1cp x 3

401,50



Pharmacie SAHOUN
Dr. Fatima SAHOUN
182 Bd Anoual « TOUR ANOUAL » 1^{er} Etage N°3
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 05 22 86 18 69 / 08 08 36 20 19
E-mail : dassouli@menara.ma
Urgences : 06 61 07 33 59

Docteur Amine DASSOULI
Spécialiste
en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle
182 Bd Anoual « TOUR ANOUAL » 1^{er} Etage N°3
Quartier des Hôpitaux - Casablanca

182, Bd Anoual « TOUR ANOUAL » 1^{er} Etage N°3
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 05 22 86 18 69 / 08 08 36 20 19
E-mail : dassouli@menara.ma
Urgences : 06 61 07 33 59

182 شارع أنوال « برج أنوال » رقم 3 الطابق الأول
البيضاء . الهاتف
مستعجلات