

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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 caractére 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

50762

Déclaration de Maladie : N° P19-0001207

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5164 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAMIAH ABDERRAHMANE Date de naissance :

Adresse : mème Adresse

Tél. : 0661950331 Total des frais engagés : 217 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24 Nov. 2020

Nom et prénom du malade : SAMIAH

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Phume

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 : 0228133000 Le : 24 Nov. 2020

Signature de l'adhérent(e) : Samia 24 Nov. 2020

| 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 |
| 24 Nov 2020 | | | 1200 | Dr. ASSCI Diplôme en Généraliste Driss El Hatti Mly tel: 062723372 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|--|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Quartier Rue de la République | 24/05/2020 | PHARMACIE DR RUE DE LA REPUBLIQUE M. HOFFMANN 97 € HT 100,00 |

| 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 | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées Nature des Soins Coefficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | H | 21433552 | 25533412 | 00000000 | D | 00000000 | 35533411 | 00000000 | B | 11433553 | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | H | 21433552 | | | | | | | | | | |
| | | 25533412 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | | D | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | | 35533411 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | | B | 11433553 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |

Docteur Ahmed ASSOU
MEDECINE GENERALE

CMA

- Diplôme en Diabétologie et en Echographie de la Faculté de Montpellier (France)
- Diplôme en Sexologie Clinique
- Diplôme en Médecine du travail en Ergonomie et en Expertise Médicale de la faculté de Rennes (France)
- Expert Assermenté auprès les Tribunaux

1430,Bd.Driss EL Harti
CASABLANCA
Tél.: 05.22.72.33.72

- الدكتور أحمد عسو
- الطب العام
- دبلوم علاج مرض السكري
- دبلوم الفحص بالصدى من جامعة مونبولي (فرنسا)
- دبلوم علاج الإضطرابات و الضغط الجنسي
- دبلوم طب الشغل
- شهادة الخبرة من جامعة رين (فرنسا)
- خبير ملحق لدى المحاكم

1430 ، شارع إدريس الحارتي
الدار البيضاء
الهاتف: 72.33.72.22.5

الدار البيضاء ، في : casblanca,le: ٢٠١٨