

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.

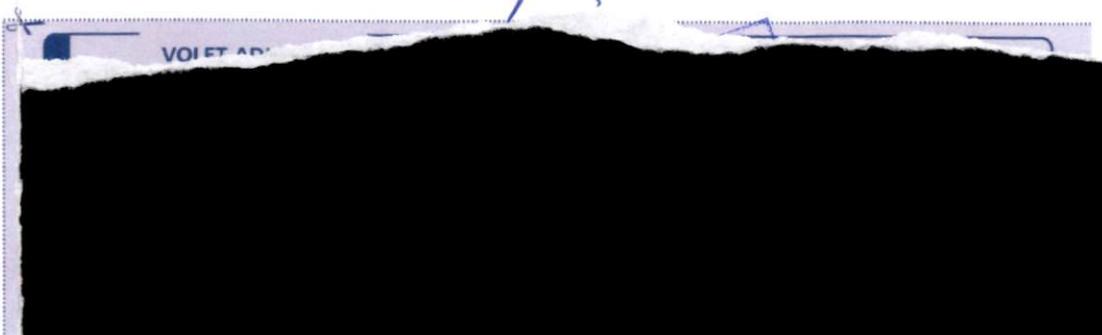
Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Dentaire <input type="checkbox"/> Optique <input checked="" type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricole : 12297 <input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) Nom & Prénom : ZERRARI Monhcine Date de naissance : 22/03/1983 Adresse : Residence A9, EL JANSOURIA Tél. : 06714611137 	<input type="checkbox"/> Autre : ROYAL AIR MAROC Société : ZEERRARI <input type="checkbox"/> BEVERLY HILLS Total des frais engagés : Dhs
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : 		
Date de consultation : 13/11/2022 Nom et prénom du malade : Zerrari SUNDas Age : 39 Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : 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 : **13/11/2022** Le : **13/11/2022**
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
19/10/2022	S	3 C.U	INP : [REDACTED]	<i>Med. A. HESSSEN Médecin ORT Spécialiste ORT de Diagnose et Explorations Cabinet ORT RAPAB Casablanca - Casa Angle Rue de la Justice et Brahim Roudani - Casablanca - Maroc 05 22 20 18 87</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	INP : [REDACTED]
<i>PHARMACIE ORTHOPÉDIE AVENUE EL MIZA TAJ MOHAMED 0920408880</i>	19/10/22	390,00 Dhs	<i>PHARMACIE ORTHOPÉDIE AVENUE EL MIZA TAJ MOHAMED 0920408880</i>
ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>A FEUZI AVENUE EL MIZA TAJ MOHAMED 0920408880</i>			

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		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 : [REDACTED]
				Coefficient des travaux [REDACTED]
				Montants des soins [REDACTED]
				Début d'exécution [REDACTED]
				Fin d'exécution [REDACTED]
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux [REDACTED]
	H	25533412 00000000 35533411	G	Montants des soins [REDACTED]
	B	21433552 00000000 11433553		Date du devis [REDACTED]
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Date de l'exécution [REDACTED]
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Casablanca le 19/10/2022

Casablanca, le

Enfant

SOUNDOUS

ZERRARI

125,00 .

FLIXOTIDE 125

2 fois par jour pdt 15 jours

(Bien se rincer la bouche après usage)



265,00

BALLON D INHALATION

390,00 .



?PHARMACIE ORTHOPEDIE
DU MAGHREB
M. TAZI YOUNES
AVENUE DES P.A.R MOHAMMEDIA
05 23 32 24 16 / INPE : 092040880

Signé : Professeur HESSISSEN M A



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 001837199000069

EXPLORATIONS

