

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

666

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TATHIRI

Abderahmane

Date de naissance :

10 / 01 / 1939

Adresse :

6 Rue RIFAT BEN ABDALLAH Casablanca

Tél. :

0551 20 03 79 Total des frais engagés :

320,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

20

11 / 2021

Nom et prénom du malade :

TATHIRI LG

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rhumatisme

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 :

Le : **20 / 11 / 2021**

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
20/12/2022				<i>Geoffrey ZINKE DEBBARH</i> Dr Zinck rembriacant Email: debbarh.zinck@hotmail.fr

PHARMACIE L'ORCHIDEE
Angle Boulevard Grand' Rue et Route d'Alzette
21 500 CASABLANCA
Téléphone : 092046317
INPE : 092046317-36.86.22

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
	20.12.22	320,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 canalaire, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		
	[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

Dr. Salah Eddine Maârouf

CES DE RHUMATOLOGIE

Médecine Manuelle et Osteopathie

Echographie Osteoarticulaire

Rhumatisme, Maladies des os,

des Articulations, de la colonne vertébrale,
des muscles et des pieds

Diplômé de la faculté de
Médecine de Marseille

Ex. Attaché au C.H.U de Montpellier

PPV: 10DH30

PER: 08/25

LOT: L2785

PVC: 198.00DH

OT: C163

2024-09

PPV: 56,30 DH

LOT: 21K25D

EXP: 11/2023

CNK 3259-850



بالتطبيب اليدوي

الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le: 20/12/2022

TAHIRI LEILA

10,30
• Doliprane 500 mg - comprimé sécable
1 à 2 cp par jour à la demande

19,81
• Nociceptol
1 appl 2 fois par jour

2 x 56,30
• D-cure 25000 ui - ampoule buvable
1 ampoule par semaine puis 1 ampoule par mois (2 btes)

18,26
T = 320,90

Médecin traitant
Dr. Zineb DEBBACHE
Dr. Rhumatologue
E-Mail: debbache.zineb@gmail.com

PHARMACIE L'ORCHIDEE
Angle Boulevard Ghazi &
Route d'Azemmour
21 500 CASABLANCA
Téléphone : 0522.36.66.22
NPE : 092046317

0808.53.09.58 - 0522.30.91.54 - 124 شارع الحرية - الدار البيضاء - الهاتف:
Boulevard de la Liberté - Casablanca - Tél: 0522.30.91.54 - 0808.53.09.58