

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 lecture 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

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.

M22- 0033284

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 96.14

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAKHROUB ABDELAZIZ

Date de naissance : 06/08/62

Adresse : 19 Rue El banafssaj APP.30 ETG.5 Hay RAHA Casab

Tél. : 0616.88.11.97 Total des frais engagés : 514,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ZEMMAMA Q. LOTFI
45, Bd Bir Anzaiane
tél: 0522 250373 - Gsm: 0661 14 99 86
E-mail: zol2@live.fr

Date de consultation : 11 AVR. 2023

Nom et prénom du malade : MAKHROUB Abdela

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Anémie, Polycythémie, Palpitations

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 : 14 / 04 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : MAKHROUB

04 MAI 2023

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
11 AVR. 2023			222,00 DA	J. ZEMMAMA O. LOTFI 45, Bd. Bir Anzarane Tél: 0522 25 03 73 - GSM: 0661 14 99 86 E-mail: zol2@live.fr
13 AVR. 2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Dr ZEMMAMA O. LOTFI 45, Bd. Bir Anzarane C. 06 25 03 73 GSM : 06 01 14 99 86 Fax: 0522 25 13 00 Email: zol2@live.fr Pacture CE: 001463477	
<i>Pharmacie KABHARA</i> <i>Tel: 0522 25 03 73</i>	13/04/2023	13/04/2023	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	21433552	G		
	00000000	00000000			
	35533411	11433553			
	B				
DATE DU DEVIS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION	
	H	21433552	G		
	00000000	00000000			
	35533411	11433553			
	B				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



Casablanca, Le 13 AVR. 2023

دار البيضاء في



Mr. NAKHROUB AbdElRaziz

56,30 x 2

10) D cure 25000 n° 2

1 AB per semaine

2 Fucidine
1 cp 2 x j apres

30,00

30) Sosine acide

1 app 2 x j

37,40

40) Neopred 20
3 cp dilue 1 ml au

314,50

PURCHASER'S SIGN
KARHA BOUTIQUA
PHARMACEUTICS NOR

DR. ZEMMAMA O.

45, Bd. Bir Anzarane
Tel.: 0522 25 03 73 GSM: 06

Email: zol2@live.fr

AMM N° : 280/19DMP/21/NNP

NEOPRED®
20 comprimés
20 mg
PPV. : 37,40 DH

0 118001 191919

3 987654 321095

PPC : 30.00 DH

Lot N° : W22375

Per : 10/2027

DR. ZEMMAMA O.
45, Bd. Bir Anzarane
Tel.: 0522 25 03 73 GSM: 06
Email: zol2@live.fr

DR. ZEMMAMA O.
45, Bd. Bir Anzarane
Tel.: 0522 25 03 73 GSM: 06
Email: zol2@live.fr