

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

- 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750 Société : 172219

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : M. IBRAHIMI Mohsen

Date de naissance : 04-04-1944

Adresse : 47 Musiopho El Monfabut - Bouguenais

Tél. : 06 61 24 13 70 Total des frais engagés : 275.500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11 AOUT 2023

Nom et prénom du malade : M. IBRAHIMI Mohsen

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Gonalgie ORL

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 : CASA Le : 18.8.2023

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
AOUT 2023			2090045	<i>ZEMMAMA ZO</i> Dr. ZEMMAMA ZO 45 Bd de l'Assomption 63000 Clermont-Ferrand tel: 05 22 20 07 73 - GSM: 0661 14 99 80 E-mail: zol2@live.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE KHALEDI</i> 092051044	11/08/23	75,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

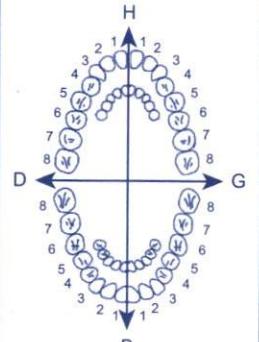
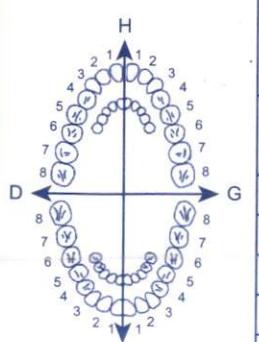
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 00000000 35533411	G		
	21433552 00000000 11433553				
	00000000 00000000				
	B				
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

11 AOUT 2023

Dr Zemmama Omar Lotfi
LAUREAT DE LA FACULTÉ
DE MEDECINE DE CASABLANCA



الدكتور زماممة عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, Le

11 AOUT 2023

الدار البيضاء في

IBRATHI INI

Noumed

30,60

1°) Ssiderex
1 cp Cemalte 7,50 Ad

2°) Remox 7,50
1 suppo / pc.

3°) OREXIVIR Ad

T 75,50

PPV :
Exp:
N° Lot:

30,60

Vers MLY
Casablanca
05/22/27

Vote rectale
PPV: 44DH90
EXP: 01/26
LOT: 230084

DR ZEMMAMA O LOT
45 Bd Bir Anzarane
C: 05 22 25 03 73
GSM: 06 61 14 99 86
Fax: 0522251300
Email: zol2@live.fr
ICE: 003463417789r

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca
TEL : 05 22 25 03 73
GSM : 06 61 14 99 86
E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45، شارع بئر أنزاران الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 03 73
المحمول : 06 61 14 99 86
البريد الإلكتروني : zol2@live.fr