

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.

N° W21-819278

18/10/2011

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

867

Société :

RAM

Veuve Zouggari

LAMDAIGHRI LALLA ZAHRA

1942

Date de naissance :

Adresse 44 Rue de Meknès APPS HAY SALAM CASABLANCA

Tél. 0660 976387

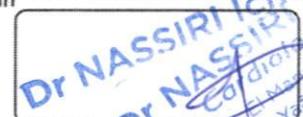
Total des frais engagés :

342,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



20/09/2013

Dr NASSIRI Ibrahimi
Cabinet Médical
Rue Yacoubi El Mansour
N°1, Bo. 249, Quartier 1^{er} Etage
tél. : 0522 39 76 70

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

linda gh RASHEDE Zahra

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

10/11/2013

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

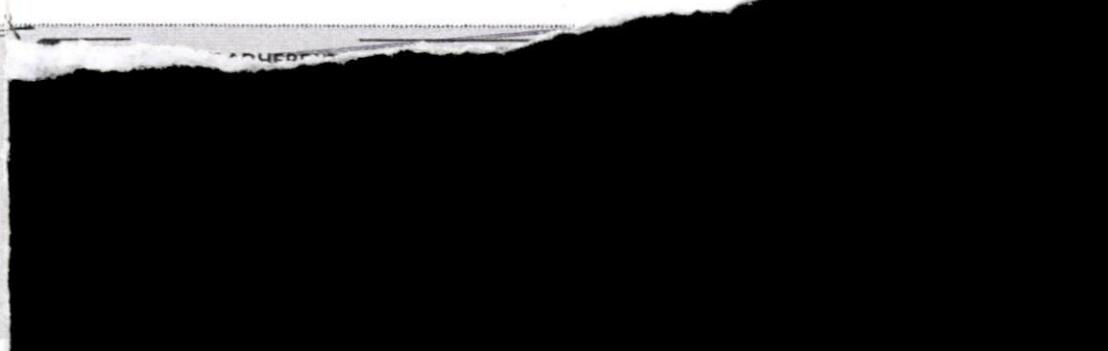
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



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
20.09.2023	ECIS	3000 0.5	1500.00	INPE: 091200386
20.09.2023	ECCL	5000 0.5	2500.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SENHAJA HEALTH Dr. SENHAJA ABDELHAMID 8-100, Rue Caid Aïssa LOUBEI KHALILI Hay Mohammadi - CASABLANCA Tél: 052 38 62 38 092052851	20/9/23	1992,20

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

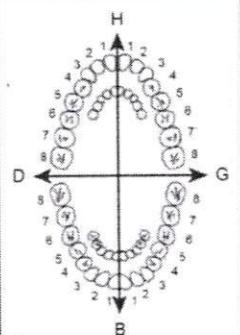
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

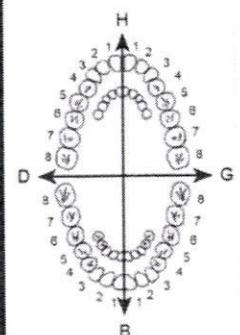
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
 - Médecin Attaché à l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
 - Ancien Médecin interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca
 - Bordeaux - Liège Belgique
 - Diplômée en Echo doppler de l'université Bordeaux II
 - Diplômé en Exploration du système nerveux autonome Rabat

Casablanca le : 20/01/2023

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة مستشفى الشيخ زيدية بليلة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقاً معاذراً لـ الاستشارة ابن رشد الدار البيضاء
- بوردو فرنسا / لينينجتون بليجيكا
- حاصلة على شهادة فحص القلب الصدلي من جامعة بوردو بفرنسا
- حاصلة على شهادة فحص الجهاز العصبي اللاؤزادى من جامعة ابن سينا بالرباط

2023
Q. Lamdaughtri lalla Zahra

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous

عدم توقيف الوصفة حتى الموعد المقابل

249, Résidence El Mansour, 1er étage Appt N°1 Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél. : 05 22 39 76 70-06 69 16 79 04 - E-mail : Ichraqnassir1@gmail.com

