

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 : 0592

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAJJOU Ahmed

Date de naissance :

15/03/1944

Adresse :

Rue Jules Gros Bloc 4 n° 6 oasis Casa

Tél. : 0662 88 43 83

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age: 85

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casa

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formasseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Zakaria M. M. MIRI Pharmacist 12 Bd Oued Bouskoura Casablanca Tel. 0525 89 51 01	17/01/2024	316,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES 02046663

AUXILIAIRES MEDICAUX

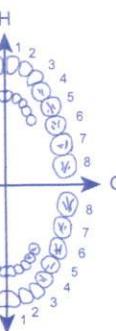
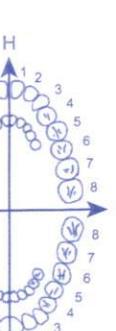
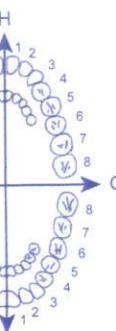
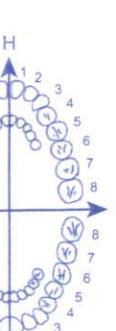
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELEVE 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 ..

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		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

données
privées

AVANTAGEUX

... ET SUITE EN PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ZOUGAGHI Sinane
Chirurgien Urologue

- Lauréat de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
 - Ancien médecin au CHU Avicenne - Rabat
 - Ancien interne des hôpitaux de Paris - France



الدكتور الزوڭاغي سنان

أخصائي أمراض حراة الكلية

ساده التناصليه

لة بالرياط

ابن سينا بالرياط

باريس - فرنسا

Lot N° :

Fab :

Per :

PPV : 172,20 Dhs

130925

07/2023

07/2025

Lot N° :

Fab :

Per :

PPV : 172,20 Dhs

1302863

01/2023

01/2025

Lot N° :

Fab :

Per :

PPV : 172,20 Dhs

1309256

07/2023

07/2025

Dr. ZOUGAGHI SINANE
 Chirurgien Urologue
 193, Bd. Oum Rabii Appt. n° 14 Oulfa
 Casablanca
 Tel. 0522 25 89 00 98 OSM: 06 62 71 04 01

- Modèle
 172,20 x 3



Dr. ZOUGAGHI SINANE
 Chirurgien Urologue
 193, Bd. Oum Rabii Appt. n° 14 Oulfa
 Casablanca
 Tel. 0522 25 89 00 98 OSM: 06 62 71 04 01

193, Bd. Oum Rabii Appt. n° 14 - Oulfa - Casablanca.

شارع أم الريحان رقم 14 الولفة - الدار البيضاء

Fixe : 05 22 89 00 98 Urgence : 06 62 71 04 01 E-mail:sinane27@gmail.com

