

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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° W19-503611

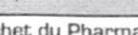
CD

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6439	Société : RAN (42999)		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NAD
Nom & Prénom : HAJ HAMMOU			
Date de naissance : 18/04/1965			
Adresse : N° 10 LOT AÏN DIAB 2 CASABLANCA			
Tél. : 066133944	Total des frais engagés : 642,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. EZ MOUSSAOU HAJ HAMMOU Lotissement Zoubir-Iman, 112 Appt. 1 JUSFA - GASA </div>			
Date de consultation : Nom et prénom du malade : Haj Hammou Nadi Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint Nature de la maladie : Tendinite En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 06 OCT. 2020 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 : Casablanca Age : 55 Signature de l'adhérent(e) : Nadi Le : 05/10/2020			



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
1/2020	C	1	Ca	INP : 09/11/1520 HAI : MOT : Lotissement : APPL : Signature : Date : 11/11/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme. KABERAI MARIA Lotissement ZONE 10001 I.M.M. CASABLANCA T.D : 05 22 934 150		17,5,2

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

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

VOLET ADHERENT

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

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	INP : <input type="text"/>				
		COEFFICIENT DES TRAVAUX				
		MONTANTS DES SOINS				
		DEBUT D'EXECUTION				
		FIN D'EXECUTION				
		O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25633412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
				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. F. Z. Moussaoui

الدكتورة فاطمة الزهراء موساوي

MEDECINE GENERALE

Lotissement Zoubir
(Gpe. Addoha), Imm. 112 I
Appartement 4 Ooulfa - Casa
Tél. : 05 22 93 41 48

الطب العام

تجزئة الزبير

(مجموعة الضحي) عمارة

112 I شقة 4 الألفة

الهاتف : 05 22 93 41 48

Casablanca, le

05 / 06 / 2020

الدار البيضاء، في

37,00 x 2

Haj Hamou Nadi

1) Buxol 500 mg (x2)
2 cp x 2/1 = 3

BUOXOL 500 mg/2 mg 20 comprimés
لوكسول 500 مجم/2 مجم 20 قرصاً

37,00

2) Newflex Warm gel (x2)
1 appl. x 3/1 =

ISOPHARM
NEWFLEX WARM GEL
85.50 DH

ISOPHARM
NEWFLEX WARM GEL
85.50 DH

46,60 x 3

3) D. Cure forte (x3)
1 amp/sem (x2)
puis 1 amp/mois

Pharmacie Zoubir
Mme. KABILY
Lotissement Zoubir
Casablanca
Tél. : 05 22 93 41 48

PPV: 49,60 DH
LOT: 20C02
EXP: 03/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E06
EXP: 05/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E06
EXP: 05/2023

57,10

4) Bedelix sach.
1 sach. x 2/1

BEDELIX 3G
SACHETS B30
P.P.V: 570 DH
LOT: 8MA203
PER: 06/2023

6 118000 010234

Dr. F.Z. MOUSSAOUI
Haj Hamou
Lotissement Zoubir Imm. 112
App. 4 Ooulfa - Casa