

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 d'une affection chronique doit être jointe à la feuille de soins pour une période de 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|--|---------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.



Declaration de Maladie

N° W19-532465

49552

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11066

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : CHAKER

Autre

11 DEC 2020

Badia

Date de naissance : 25/6/74

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 4.64,70 DH

Cadre réservé au Médecin

Dr ZEMMAMA O LOTFI
45, B Bir Anzarane
C 05 22 25 03 73
GSM 06 61 14 99 86
Fax 05 22 25 13 00
Signature : Dr ZEMMAMA O LOTFI

Date de consultation : 20 VIII 2020

Nom et prénom du malade : CHAKER

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Signature : Dr ZEMMAMA O LOTFI

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Lieu : Chakrab Moudaq

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 20/10/2020

Signature de l'adhérent (e) : Signature : Dr ZEMMAMA O LOTFI

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
20/ VIII/2011	✓		150000

INP : ~~091141242~~

ZEMMAMA O 10TFI
DI 45 Bd Bir Anzarahe
C 05 22 25 03 73
GSM 06 6 14 99 86
Y 05 22 25 13 00
012@live.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Mo
 Dr. Amal EL QADERI Docteur en Pharmacie PHARMACEUTIQUE D'AGENCE 47 Boulevard de l'Indépendance Casablanca 10522 Casablanca	20/08/23	3

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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




RELEVE D

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte p...
...

RAIRES

tant la nature des soins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D																			
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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



الدكتور زمامرة عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, Le

20 / VIII / 20

الدار البيضاء في

Q^{ee} CHAKER Badia

1^{o)} Adicee 61
10200 l q extreps

SV

2^{o)} Sinectae
5835 i salat et 3 rps

SV

3^{o)} Degeneration
l q crdysphie Za/j

31470

Mme Amal EL QABBAJ BAHRI
Docteur en Pharmacie
PHARMACIE DANTON
47 Boulevard Bir Anzarane
Tel 0522 25 09 78 - Casablanca

Dr ZEMMAMA O LOTFI
45 Bd Bir Anzarane
05 22 25 03 73
GSM 06 61 14 99 86
Fax 05 22 25 13 00
E-mail zol2@live.fr

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca
TEL : 05 22 25 03 73
Fax : 05 22 25 13 00
GSM : 06 61 14 99 86
E-mail : zol2@live.fr

45، شارع بير أنزران الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 03 73
الفاكس : 05 22 25 13 00
المحمول : 06 61 14 99 86
البريد الإلكتروني : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE