

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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

ND: 18851

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016977

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8222 Société : PLAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ATBIB FOUZIA Date de naissance : 01/01/1966

Adresse : 7 Rue MASHA ADDINE ITTA APP 12 Rm 101

Tél. : 0668466846 Total des frais engagés : 115,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZEMIMAMA O. LOTFI
45, Bd. Bir Anzarane
C. 05 22 25 03 73
GSM : 06 01 14 99 86
Fax : 05 22 25 13 00
Email : zol2@live.fr

Date de consultation : 10 JAN 2020

Nom et prénom du malade : BELKA SSE ALJelouahad Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : 1088 cercone

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 : Carab

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

Le : 30 JAN 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
10 JAN 2020	W		1500000	DR. ZENMAMA 45, Bd Bir Arzane C : 06 61 14 99 86 GSM : 06 22 25 13 00 Fax : 06 22 25 13 00 Email : 2012@live.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Le Pharmacien DANTON 100 Avenue de l'Europe 75225 Paris Cedex 16	10.01.20	265,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 12 numbered teeth (1 through 12) arranged in a curve. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a vertical arrow labeled 'G' points upwards, defining a coordinate system. The teeth are numbered as follows: 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. The numbers are placed near the mesial (inner) side of each tooth.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, Le

10 JAN. 2020

الدار البيضاء في

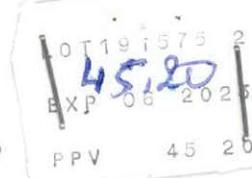
Dr. BELKAÏSSE Abdelouahed

Dermosine
Eosine Aqueuse

PVC 29,00 DH UT. AV 07/2022

10) Eosine aqueuse

29,00 1 APP 2x5

20) Fucidine 20
134,20 1 CP 2x5 cap yps30) Anapril 20
52,10 31 CP diques 2ml en 1ml40) 442 All 1 CP au coucher
45,20

+= 265,80

D. ZEMMAMA O. LOTFI
45, Bd. Bir Anzarane
C : 05 22 25 03 73
GSM : 06 61 14 99 86
Fax : 05 22 25 13 00
Email : zol2@live.fr

PPV : 134DH50

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

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45, شارع بث أزران 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