

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

- Reclamation : 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-521214

CR

ND = 21039

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9539	Société : RAT		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BANLOUL YAMYA			
Date de naissance : 02-12-63			
Adresse : 40, Rue Nasloussse MAARIF			
CASA			
Tél. : 0663444639 Total des frais engagés : 0 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr Zemimama Omar Lotfi 45, Bd. Bir Anzarane - Casa Tél.: 05 22 25 01 73 GSM : 0661 14 99 86 E-mail : zol2@live.fr	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : BANLOUL YAMYA Age : 50 ANS	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : BANLOUL YAMYA	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 12 FEV. 2010	
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.	

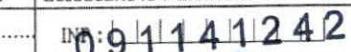
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 1 / 1

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
08/11/2020	✓		15000	INT: 091141242  Dr. Zemmama Omar Lotfi 15 Bd. Bir Anzarane - Casablanca 25/03/73

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr Amal EL QADIR DANTON</i> Docteur en Pharmacie PHARMACEUTIQUE 7 Boulevard d'Antarane 92250 La Garenne	08/02/2020	112,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

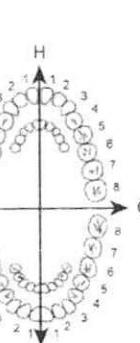
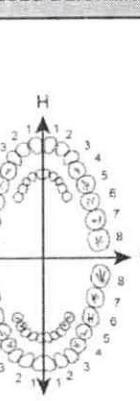
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 																	
																					
	COEFFICIENT DES TRAVAUX 																				
	MONTANTS DES SOINS 																				
	DEBUT D'EXECUTION 																				
	FIN D'EXECUTION 																				
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
		<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	D		B	
		H		G																	
		25533412	21433552	00000000	00000000																
		00000000	00000000	35533411	11433553																
D		B																			
COEFFICIENT DES TRAVAUX 																					
MONTANTS DES SOINS 																					
DATE DU DEVIS 																					
DATE DE L'EXECUTION 																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																					

Dr. Zemmama Omar Lotfi
LAUREAT DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE CASABLANCA



الدكتور زمامرة عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, Le

08 FEV. 2020

الدار البيضاء في

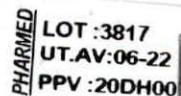
Mr. BAHLOUL Yahya

Yahya

1) ~~Solupred 20 mg~~
4 cp de 5 mg pd 31
2) AZ 500
1 cp/5 cp rep pd 31
3) Coquetaurale 2x5
1 cc/100 2x5

58,40

Solupred 20mg



Mme. Amal EL QABBAJ BAHRI
Docteur en Pharmacie Dr. Zemmama Om
PHARMACIE DANTON 45 Bd. Bir Anzarane
47, Boulevard Bir Anzarane
Tél: 0522 25 09 78 - Casablanca
Tél: 0522 25 03 73
GSM: 0661 14 99 86
E-mail: zol2@live.fr

PHARMED
LOT : 3817
UT.AV:06-22
PPV :20DH00

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

45, شارع بشر أنزاران الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 03 73
الفاكس : 05 22 25 13 00
المحول : 06 61 14 99 86
البريد الإلكتروني : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE