

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.

N° W19-516168

58167

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 13386		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Bena B.DALLA/I ILHAM			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Ben Abdallah ILham Age :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie :			
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'at : MUPRAS			

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 : **05/07/2021** Le :

Signature de l'adhérent(e) : **ACCHE**

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-516168
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	

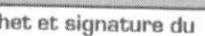
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/04/2014 - Cont.		1	6	INP : 091112V33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		181-052225

ANALYSES - RADIographies

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSTES MÉDICALS MEDECINS avenue du Phare Résidence Bourg N° 5 - Racine Extension Bourg 05 22 36 87 49/541	07/01/21	B 503, Rc 1,3,4	70.0

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	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 HONORAIBES

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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr Nezha Mernissi

Médecine Générale

DU. Echographie Générale Paris ٤

58, Rue El Mortada - Casablanca
Tél. : 05 22 25 13 44 / 05 22 98 33 55

Patente : 34771846

ICE : 00171792000008

الدكتورة نزهة المرنيسي

الطب العام

دبلوم في الإيكوغرافيا العامة

58، زنقة المرتضى - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 98 33 55 / 05 22 25 13 44

Casablanca, le :

07/04/2021

M^{me} IElham BENABDALLAH

- RTPCR

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MÉDICALES
Avenue du Phare Résidence KENZ
N° 5 - Racine Extension Bourgogne
Tél 05 22 36 87 49/54 Casablanca

Docteur Nezha Mernissi
58, Rue El Mortada - Palmier
Casablanca
Tél: 0522 25 13 44/0522 98 33 55

Docteur ZIZI Abdelhafid

Diplômé de la Faculté Paris V
Spécialiste en Bacterio - Virologie
Biochimie - Hematologie - Immunologie
Parasito-Mycologie

Date du prélèvement : 08-01-2021 à 16:37

Code patient : 2012070095

Né(e) le : 29-04-1989 (31 ans)

Mme BENABDALLAH Ilham

Dossier N° : 2101080291

Prescripteur :



ANALYSES SPECIALISEES

BIOLOGIE MOLECULAIRE (RT - PCR - COVID - 19)

Nature de prélèvement : Naso-pharyngé

Résultat : NÉGATIF

Conclusion: Absence de l'ARN SARS-COV-2

Ct

N.B : un résultat négatif n'exclut pas la maladie, à confronter avec les données cliniques.

Validé par : Dr. ABDELHAFID ZIZI

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MÉDICALES
Avenue du Phare Résidence KENZ
N° 5 - Racine Extension Bourgogne
Tél. 05 22 36 87 49/54 Casablanca

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES

5, Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ
Racine extension Bourgogne -Casablanca.
Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754
N° de patente : 33104766 ICE : 00168 1325 000031 INPE : 097159503

FACTURE N° : 210100264

CASABLANCA le 08-01-2021
Mme BENABDALLAH Ilham

Prescripteur :

Analyses effectuées le 08-01-2021

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
ECOUV	Prélèvement sur écouvillon ou mycologique	E25	E
	BIOLOGIE MOLECULAIRE (SARS - CORONAVIRUS 2)	B503	B

Total des B : 503

TOTAL DOSSIER : 700.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cents dirham s.

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MÉDICALES
Avenue du Phare Résidence KENZ
N° 5 - Racine Extension Bourgogne
Tel. 0522 368749/54 Casablanca