

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

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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>09364</u>		Société : <u>Lot A. M</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : <u>ZAIKH Oman</u>	
Nom & Prénom : <u>ZAIKH Oman</u>			
Date de naissance : <u>29/02/1972</u>			
Adresse : <u>OZAIKH@ROYALAIRMAROC.COM</u>			
Tél. : <u>0661452445</u>		Total des frais engagés : <u># 679,20 #</u> Dhs	

Autorisation CNPDP : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : <u>ZAIKH Oman</u>	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie : <u>dermatose</u>	
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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : ZAIKH Oman
Le : 03/08/2021

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
30/6/2021	C	1	# 350,0	INP : 6911111111111111

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GÉNÉRALE Dr. J. MOHAMMED RUE DE ROME - 22/07/07 M.F.	20/07/07 Dr. MOHAMMED RUE DE ROME 22/07/07 M.F.	329.20

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

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"/>		
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX		
		MONTANTS DES SOINS		
		DÉBUT D'EXÉCUTION		
		FIN D'EXÉCUTION		
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX		
		MONTANTS DES SOINS		
		DATE DU DEVIS		
		DATE DE L'EXÉCUTION		
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 				
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION				

Professeur NEJJAM Fatna

Ex. enseignante à la faculté
de médecine de Casablanca

DERMATOLOGUE - MÉDECINE ESTHÉTIQUE
LASER - PUVATHERAPIE

الدكتورة نجاء فاطمة
أستاذة سابقة بكلية
طب الدار البيضاء

في أمراض الجلدية والتجميل

Casablanca, le 30.10.2021

نرجو زاكورة
Omar

70,40
101

PHARMACIE LEGAL
Dr. NEJJAM FATHNA
293, Bd. Abdelmoumen - CASABLANCA
Tél.: 05.22.86.26.27/05.22.86.26.21
2 gel

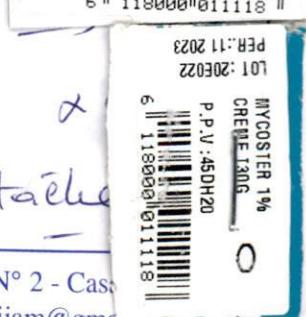


gel monoderm

en chevelure

99 minute

3/ Mycoster 1% x 2
T.329,20 Mycoster 1% eff 15 → taëla



293, Bd. Abdelmoumen (angle Bd. Anoual). 2ème étage - N° 2 - Casablanca
Tél.: 05.22.86.25.25 - 05.22.86.26.27 - E-mail : docteur.nejjam@gmail.com