

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-663606

91224

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1096

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Zenou ABIDENI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0601049754 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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'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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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		
					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>	
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>		
		DROITE 11 21 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28  HAUT 48 38 47 37 46 36 45 35 44 34 43 33 42 32 41 31 30 31  BAS 38 28 37 27 36 26 35 25 34 24 33 23 32 22 31 21	GAUCHE 11 21 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28  HAUT 48 38 47 37 46 36 45 35 44 34 43 33 42 32 41 31 30 31  BAS 38 28 37 27 36 26 35 25 34 24 33 23 32 22 31 21	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
<b>Visa et cachet du praticien attestant le devis</b>		<b>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</b>				

VOLET ADHERENT	NOM :	
DECLARATION N° <b>P 14 / 0010015</b>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 1296	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		<i>ZERROU - Abdellah</i>	
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>gout au cœur</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbré de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<i>Opérat</i>	<i>3</i>	<i>200 M</i>	
PHARMACIE	Date 10/11/2021		
Montant de la facture		<i>309,60</i>	
<i>HARAJE IBN YASSINE</i> <i>A. BOUTALEB Pharmacien</i> <i>Rue de Fes - Mohammedia</i> <i>Tél : 05 23 32 34 60</i>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date .....	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		<i>-- --</i>	
CACHET			

PPV : 60DH10

بريلابالين  
Birelabaline



74621/4621/4621/02/2012



الدكتور الحكيم مصطفى

Docteur LAHKIM Mostafa

طبيب إختصاصي في جراحة العظام

spécialiste en Chirurgie

Traumatologique et orthopédique Enfants et Adultes

Chirurgie des Os et des Articulations

Chirurgie du Rachis

Chirurgie de la main

جراحة العظام و المفاصل

جراحة العمود الفقري

جراحة اليد



Mohammedia, le :

04 / Mai 2021

J. ZERROU, BOUAYAD CHADI A EPS ZERROU

184,50

Alexxis

SV

100

(Hn)

115,00

M. hilmi Ar

Bis frizi fel  
raumy ra

SP

SV

60,70

Ergo 10

SV

305,60

M. 200

DR. LAHKIM  
Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique

Avenue des FAR, 11 Rue Doukkala  
Mohammedia (Kasbah)

0523 32 90 46

Patente n° : 39403365 - INP : 141061127 - ICE : 001656975000015 - IF : 54505845 - CNSS : 7806849

شارع الجيش الملكي 11 زنقة دكالة  
المحمدية (القصبة)