

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 prothèse 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.

Maladie

Dentaire

Déclaration de Maladie

Nº M21- 0061435

Optique 117216 Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule :	0592
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Société :	
Nom & Prénom : HAJJOU AHMED	
Date de naissance : 15/03/1944	
Adresse : RUE JULES GROS, CITE CALIMA BLOC 4	
Tél. 06 62 88 43 83 Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/03/2019

Nom et prénom du malade : Hajjou Ahmed

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Hypertension artérielle

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) : _____

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Matures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoriaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/01/2019	10/01/2019	1000	1000	1000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ROHI <small>ROHI APOTHEKE DOCTEUR L.P. J. ARRIAGA 761 00 DAKAR TÉLÉPHONE 23 40 18 80</small>	25/05/2022	2364,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

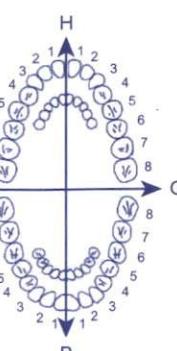
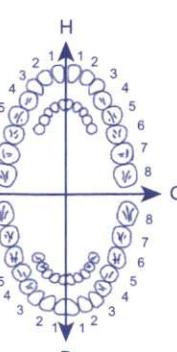
AUXILIAIRES MÉDICAUX

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Dr. ZOUGAGHI Sinane
Chirurgien Urologue

- Lauréat de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
 - Ancien médecin au CHU Avicenne - Rabat
 - Ancien interne des hôpitaux de Paris - France



الدكتور الزوڭاغي سنان
 أخصائي في أمراض و جراحة الكلى
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية

- خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
 - طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط
 - طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس - فرنسا

LOT : 5861
 UT. AV : 12-24
 P.P.V : 180 DH 00

LOT : 5861
 UT. AV : 12-24
 P.P.V : 180 DH 00

LOT : 5861
 UT. AV : 12-24
 P.P.V : 180 DH 00

PPV: 109DH70

PPV: 109DH70

PPV: 109DH70

PPV: 109DH71

PPV: 109DH70

-- LAPROPHAN --
 PPV: 462DH00

-- LAPROPHAN --
 PPV: 462DH00

-- LAPROPHAN --
 PPV: 462DH00

193, Bd. Oum Rabii Appt. n° 14 - Ou
 م الريع شقة رقم 14 الولفة - الدار البيضاء.

Fixe : 05 22 89 00 98 Urgence : 06 62 71 04 01

روحي
 PHARMACIE DOCTEUR LIAA PHARMACIE
 ROMA ABDELAZIZ DOCTEUR LIAA PHARMACIE
 791 Bd charpentier 75009 Paris 46 16 80