

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° W21-623245

121018

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

9123

Société

R. A. M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EEZAHOUF YOUSSEF

Date de naissance :

06/10/10-40

Tél. :

Total des frais engagés

165029

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08/05/22

Nom et prénom du malade :

LENZA-EZZAHOUF

Age: 12 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bouch de cœur + R.A.

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

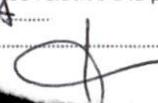
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 30/06/2022

de l'adhérent(e) :



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
8/6/97	CS.		6000	INP : 11111111111111111111111111111111 Dr. Reda H. El Chirurgeon Cervical Spine Spécialiste en Chirurgie Cervicale et de la Médecine Pédiatrique

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

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 HONORAIRE																						
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 (Rows 1-10 of the grid)	Nature des Soins (Rows 1-10 of the grid)	Coefficient (Rows 1-10 of the grid)	INP : <input type="text"/>																		
				CCEFFICIENT 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 PROTHESSES DENTAIRES 																		
				DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
				H																		
				25533412	21433552																	
				00000000	00000000																	
D																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
(Rows 1-10 of the grid)																						
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

Dr Reda HEJJOUJI

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et chirurgie Cervico-Faciale

- Diplômé de la faculté de Médecine et de pharmacie de Rabat
- Ancien Médecin du CHU de Montpellier
- Ancien Interne à l'Hôpital Universitaire de Poitiers



الدكتور رضي حجوجى

اختصاصي في جراحة الأنف، الأنف و الحنجرة
و جراحة الوجه و العنق

- خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بمونبلييه
- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي بواتييه

ORDONNANCE

Casablanca Le :

28/05/22

ECZAHAF KENFTA.

149,00

11 Bude' spray.

Lot No: 066R0408
FAB: 11/2021
EXP: 11/2023
PPV: 149DH00

 2 pulv x 2 / i pct.

3 Mex

30,90

ISOPHARM
PHYSER
sérum physiologique
10 Unidoses
30,90 DH

2/phys
n°4/11



38,00

 ERLOS 9-
n°1, i pct 11



33,00

4/duct 16
29/05/22, pct 581

جعزة 108، نفق 1، إقامة فردوس، الألفة، الدار البيضاء
Lot 108, Appt 1, Résidence Ferdaous, Oulala Casablanca
redahejjouji@gmail.com 212 5 2995 94 90

LOT: A010158
PER: 03-2024
PPV: 33,00DH

controlle

225106

a 10h00

Orteil M.

Dr. Reda HEJJOUJI
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-faciale
INPE 091239970