

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.

Déclaration de Maladie



N° W21-692206

120992

Medicant

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1925	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ZAGHLOU MOHAMED
Nom & Prénom : ZAGHLOU MOHAMED			
Date de naissance : 14-10-1956			
Adresse : LOTissement AZIZIYAHN LOT 447			
Tél. : 0661187641	Total des frais engagés :		
Dhs			

Authorisation CNDP N° : A-A 215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ZAGHLOU MOHAMED Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dermatosé

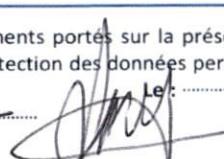
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 30/06/22 Le :

Signature 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
28/06/2022	CS		4000dh	INP : 1111111111111111 Dr. Hakima LATH Specialiste en Médecine Générale et Médecine de la Famille Zerktouni 1000/7481/322394273

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES PHOSPHATES Dr. ZOUITENE Abdellatif Télé: 0522 350071 0522 394273 Bd Al Abtahi, Casablanca Signature: Hassan Casablanca	28/06/2022	1427,65dh

ANALYSES - RADIographies

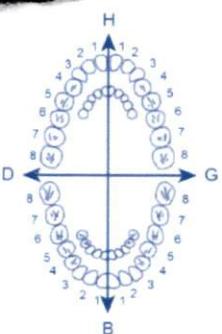
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

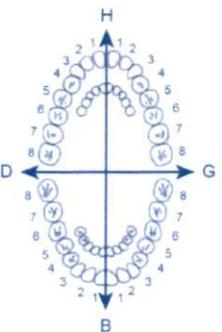
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

7 JUIN 2022

N° 700700 MARITA

①

SERUMS

2 gel 11. x 3 mois $320 \times 3 = 960.00$

②

lotion vég. et corps au Gel lauréat Lipilat

gelée vég. avec lotion meadow flowers

③

lotion deodorant au deodorant + perfume

multicellul. fragrance

new multicellul. new deodorant

④

anti-perspirant deo

1/2 vég

⑤

Block Deodorant

Protein Serum

1/2 vég

⑥

new Deodorant 9. vég.

Il multic. auvert

new deo 100 flacon (clan)

مختبرات المدار البيضاء
PHARMACEUTIQUE DES PHOSPHATE
Dr. ZAKOURITENE Nadia
Dr. Ali Hachmi Hachmi
Bd. Al Hachmi 22 98 89 30
Tél. 05 22 39 00 77

Reçu de l'ophtalmologiste

Le 28/06/2012
Ref: 239

Velours couleur	1F	
Dermoval gel	1F	358,70
Surfleud	1F	
mycoside crème	1F	

1 offre au patient non le plus

Demandé récent

1 sur 1/2 puis

Complexion droiture

BS

1 sur 1/2 puis

J'badige

1 sur 1/2 x 1 mois 88,40

soin de yeux JANSSON

puis 2 x 1ai

Pr. Hakima LAKHDAR
Dermatologue et Vénérologue
275, Bd. Hassan II - Casablanca
Tél: 05 22 37 00 77 - Fax: 05 22 39 42 73

91484-05

88,40