

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1411 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HADDAJ NADIA épouse ZRAOULI

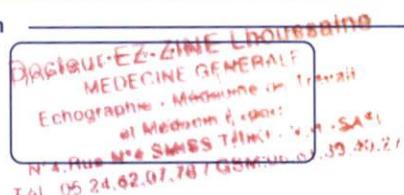
Date de naissance : 26 - 1 - 76

Adresse : 5 rue Amir Abdellah - V. Nouvelle S.A.F.I.

Tél. : 05 68 13 28 375 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL HADDAJ Nadia Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : / /

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 7 DEG 2002

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
الجليل للصيدلاني PHARMACEUTIQUE 13, Place de l'Indépendance Tel. 05 24 46 21 01	11/10/22	230,60.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 [Empty box]	
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]	
				DEBUT D'EXECUTION [Empty box]	
				FIN D'EXECUTION [Empty box]	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		$ \begin{array}{r l} H & 25533412 & 21433552 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 00000000 & 00000000 \\ B & 35533411 & 11433553 \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [Empty box]
					DATE DU DEVIS [Empty box]
					DATE DE L'EXECUTION [Empty box]

Docteur EZZINE Lhoussaine

MÉDECINE GÉNÉRALE

De la Faculté de médecine de Rabat
Diplôme d'Échographie Université De

Montpellier France

Diplôme d'Ergonomie appliquée à la
médecine de Travail Université de Dijon France

MEDECIN EXPERT

Electrocardiogramme

la Circioncision des enfants

Ancien médecin chef des urgences Hôpital
Provincial de khemisset

Ancien médecin de Travail à l'OCP

Médecin agréé par le ministère de la santé
pour délivrance du certificat médical
d'aptitude à la conduite

الدكتور لزين الحسain
الطب العام

بكلية الطب بالرباط

دبلوم الفحص بالصدى جامعة مونبلييه فرنسا

الخبرة الطبية

تخطيط القلب

ختان الأطفال

طبيب مسؤول بالمستعجلات سابقاً بالمستشفى الإقليمي
بالخمسينات

طبيب سابق بالمكتب الشريف لل POSSAT

طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة

لإعطاء الشهادة الطبية للقدرة على القيادة

SAFI , le 17/10/22
آسف في في. مع. من

EL HADDAY

Mada

131,60

49 Stock - 80mgs



- 11 ;

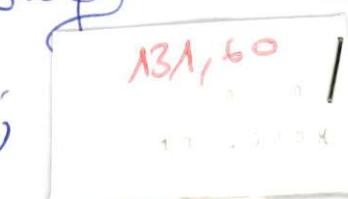
131,60

99,22

29 Old - 20mgs

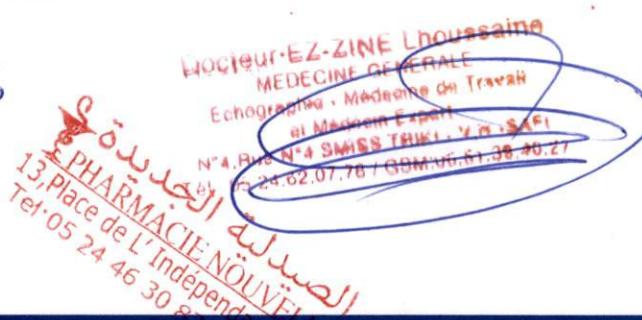


0 - 0 /



LOT 211316
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

130,60



رقم 4. زنقة 4 سميسم التريكي - المدينة الجديدة - آسفى - الهاتف : 06 61 39 40 27 - 05 24 62 07 78 المحمول:

Rue N4 - N4 - SMISS TRIKI - Ville Nouvelle - SAFI - Tel: 05 24 62 07 78 - GSM: 06 61 39 40 27