

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° W21-623147

NS2297

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9113

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ezzahaf - Yassine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0610-03-10-40

Professeur ZOUHAIR Kawtar
452, Angle Anoual-Abdelmoumen, App 208
Tél : 0522862220/17 - 0661506399
Fax : 0522865373

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/12/2022

Nom et prénom du malade : Ezzahaf - Yassine

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dermatose

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Chèque et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/12/22	CS		300 DH	ANP : 091028415 Dr. ZOUHAIR KAYAL Tél : 05228222017 Fax : 05228222017 Angle Aïn El Hammamet Abdelmojid

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE Lissac 13 Dijon</i>	24/11/22	535,10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		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 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B																
H	G																																
25533412	21433552																																
00000000	00000000																																
D	G																																
00000000	00000000																																
35533411	11433553																																
B																																	
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																	
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																	

Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie Vénérérologie
 Dermato - Allergologie
 Dermatologie Esthétique
 Laser



الدكتورة زهير كوتار

اختصاصية في الأمراض
 الجلدية والتالسالية الحساسة
 وعلم التجميل والليزر

Casablanca, le : 14 DEC 2012

Qell El Zahaf Yasmine

134,50DH



143,00

261

BACTOSPRAY

LOT: 2205016
 EXP: 06/2025
 PPC: 148.00DH

Fucidine CP 250 mg
 2x10
 1 CP x 25 mg x 10 j
 Bactospray
 le 261 x 10 j

39,70 x 2

361

Fucidine® 2%

crème

Tube de 15 g

39,70

0522 86 5
 452, Abd

Fucidine® 2%

crème

Tube de 15 g

39,70

Fucidine Acne
 2x15 g

452، عبد العؤمن متن، زاوية أبوال - عبد العؤمن، شقة رقم 208، الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 86 22 20 - 0522 86 20 17
 ual - Abdelmoumen, App N° 207, 2ème étage (au dessus du Restaurant MEDINA) - Casablanca
 0522 86 22 20 - 0522 86 20 17 / GSM : 0661 50 63 99 / Fax : 0522 86 53 73
 البريد الإلكتروني : E-mail : zouhair.kawtar@gmail.com

kel

Cicavit + aérite
de matin x
1 mai

14,70
rel

Complex pfeif
SP

24,00
Col

Spfeu-Strip
SY SP

Total
PHARMACIEN
Rue 13 Diyar Ezzeddine
Lissasta - Casablanca
Tel: 0522 651000

Professeur ZOUHAIR Kawtar
Dermatologue
Abdelmoumen, App 208
452, Angle Avenue
Tel: 0522 652017 - 0661506399
fax: 0522855373

PHARMACIEN
Rue 13 Diyar Ezzeddine
Lissasta - Casablanca
Tel: 0522 651000