

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 : 428 Société : 8081
 Actif Pensionné(e) Autre : 8081
 Nom & Prénom : BAABA Noha
 Date de naissance : 15.11.44
 Adresse : Hay ouffa Rue 12 N° 6
 Cose
 Tél. : 06 71 17 85 66 Total des frais engagés : 1392,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/09/09

Nom et prénom du malade : Dr. ZOUGACHI SINANE

Age : 78

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie de l'œil

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie de l'œil

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 28/09/09

Signature de l'adhérent(e) : Dr. ZOUGACHI SINANE

Le : 28/09/09

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
01/01/2018	1000	1000	200.00	DRAGACH SINAN Medecin honoraire 01/01/2018 062-71-04-01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/09/23	1092,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 D 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	H G B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 وجراحة الكلية

و المسالك البولية والأعضاء التناسلية

LOT 230748
EXP 02 2027
PPV 31.30

LOT 231387
EXP 04 2027
PPV 31.30

ID:652588 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 333.00 DH
6 118001 142880

ID:652588 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 333.00 DH
6 118001 142880

ID:652588 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 333.00 DH
6 118001 142880

LOT 231387
EXP 04 2027
PPV 31.30

193, Bd. Oum Rabii App. n° 14

شارع أم الريح شقة رقم 14 الوفقة - الدار البيضاء

Fixe . 05 22 89 00 98 Urgence . 06 62 71 04 01 E-mail:sinane27@gmail.com