

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.

Maladie

Dentaire

Optique

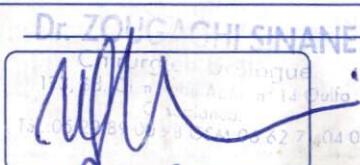
Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **0532** Société : **189503**
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : **ITAJJOU AHMED**
Date de naissance : **15/03/1944**
Adresse : **RUE JULES GROS SITE CALINA**
BLOC N° 4 APP N° 6 OASIS CASABLANCA
Tél. : **06 62 88 43 83** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **05/10/2013**

Nom et prénom du malade : **HASSOU AHMED** Age : **79**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
Hypothyroïdie

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 : **LAZ**

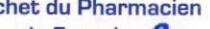
Signature de l'adhérent(e) : **MAITRI**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/06/2014			G	TOUGACHISVANE M. Oulga 04.62.71.04.01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ROHI ROHI Abdellah, Docteur en Pharmacie N°53, Bd. Chouaib El Ghat TÉL: 05-53-30-44-53	05/10/2013	516,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

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 الزوجاغي سنان
 أخصائي في أمراض وجراحة الكلى
 والمسالك البولية والأعضاء التناسلية

- خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط
- طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس - فرنسا

605 | 05 | 2023

Dr. Sinane ZOUGAGHI

Dr. ZOUGAGHI SINANE
 Chirurgien Urologue
 193, Bd. Oum Rabii Appt. n° 14 Casablanca
 Tel. 05 22 89 00 98 GSM 06 62 71 04 01

Lot N° : 1302863
 Fab : 01/2023
 Per : 01/2025
 PPV : 172,20 Dhs

— Modèle (pigment)
 $3 \times 172,20 = 516,60$

7.
 8.

Dr. ZOUGAGHI SINANE
 Chirurgien Urologue
 193, Bd. Oum Rabii Appt. n° 14 Casablanca
 Tel. 05 22 89 00 98 GSM 06 62 71 04 01

Dr. ZOUGAGHI SINANE
 Chirurgien Urologue
 193, Bd. Oum Rabii Appt. n° 14 Oulfa
 Casablanca
 Tel. 05 22 89 00 98 GSM 06 62 71 04 01

193, Bd. Oum Rabii Appt. n° 14 - Oulfa - Casablanca.
 193. شارع أم الريح شقة رقم 14 الولقة - الدار البيضاء

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

Facture N° FAC-71117

Date : 31/10/2023

HAJJOU

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
URODINE CO 4MG B28 GELULES	3	172,20	516,60

Total Organisme	0 DHS
Total Client	516,60 DHS
Total	516,60 DHS

**Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent seize DHS et
soixante centimes**