

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° W21-817083

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 8361 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ELYOUSFI SAMIR

Date de naissance : 15/04/67

Adresse : N 13 TAN L RESIDENCE MAFIA CASA

Tél. : 0661265208 Total des frais engagés : Dhs

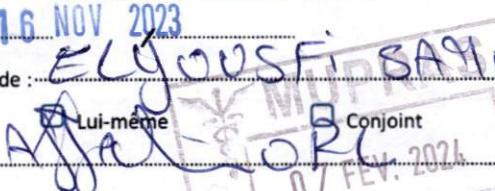
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Dr. H. Zine EL ABIDINE
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
GSM : 06 63 69 10 10

Date de consultation : 16 NOV 2023

Nom et prénom du malade : ELYOUSFI SAMIR

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

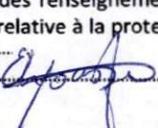
Nature de la maladie : 
07 FEB 2024

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : 
Le : 16/11/23

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		
6 NOV 2023	CD	01		RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES 6 NOV 2023 CD 01 Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes DR. EL ABDINE		
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture				
PHARMACIE AZZANERI	16/11/83	99,50				
ANALYSES - RADIOPHARIES						
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																								
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
INP : <input type="text"/>																								
CŒFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>																						
MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>																						
DEBUT D'EXECUTION		<input type="text"/>																						
FIN D'EXECUTION		<input type="text"/>																						
	ODF PROTHÈSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																					
			<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000					00000000	35533411	00000000	11433553				
	H		G																					
	25533412	00000000	21433552	00000000																				
	00000000	35533411	00000000	11433553																				
CŒFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>																						
MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>																						
DATE DU DEVIS		<input type="text"/>																						
DATE DE L'EXECUTION		<input type="text"/>																						

Dr Houda Zine EL Abidine

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie*

Maladies et Chirurgie de :

Oreille et Audition, Nez et Larynx

Vertige et Ronflement

Cou et Thyroïde



د. هدى زين العابدين

طبيبة أخصائية الأذن - الأنف - الحنجرة

أمراض و جراحة :

الأذن و السمع، الأنف و جيوب الأنف

الحلق و الحنجرة الدوخة و الشخير

العنق و الغدة الدرقية

Casablanca le 16 NOV 2023

الدار البيضاء في :

Mr EL YOUSFI SAMIR

= Sinomarin decoxydite 1 gr x 30c. (x16) 99,50

- Biotinax 140 x 30c. (x5) 0.

- Effatfam vit C 140 x 30c (x3) 0.

90,50

Dr H. Zine EL Abidine

Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

100, Boulevard Oum Rabii, Résidence AL OFOQ
Oulfa, Mazola - Casablanca

Tel. : 0522 690 690 - Urgences : 0663 69 10 10

E-mail : zeahouda@gmail.com - INPE : 091187294

PHARMACIE
AZZAHRA



Lot : 210965
A consommer de préférence avant le : 01/2025
PPC : 99,50 DH

100 شارع أم الربيع إقامة الأفق - مازولا - الدار البيضاء

100, Boulevard Oum Rabii, Résidence Al Ofoq - Mazola - Casablanca

Tél. : 05 22 690 690 - Urgences : 0663 69 10 10 - E-mail : zeahouda@gmail.com