

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.

A 98628

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 9403		
Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BEN LEMLIH YASSINE		
Date de naissance : 17.10.1973		
Adresse : LOT CENTRAL PARK N° 16 BOUSKOURA		
Tél. : 06 63 608 602	Total des frais engagés :	369,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr ABADA Redaallah Larbi
Professeur Agrégé
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
INPE: 091033514

Date de consultation : 29 FEV. 2024

Nom et prénom du malade : ZINE EL ABIDINE ITHISSIONE

Age: 48 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection ORL

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :



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 traitement des actes
29 FEV. 2024	CS	C ₃	300 Dhs	DR ABADIA Professeur ORL et Chirurgie Cervico-Faciale INPE : 091033814

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZINE EL ABIDINE Dr ZINE EL ABIDINE Malek Km. 14 Douar Ouled Malek Sousse 42259 03 81	29/02/24	69110

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

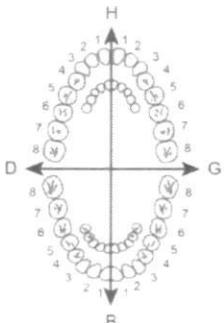
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

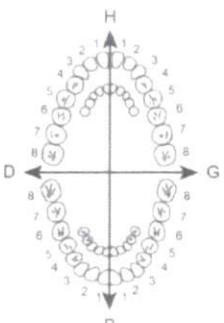
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
				MONTANTS DES SOINS _____
				DEBUT D'EXECUTION _____
				FIN D'EXECUTION _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
				MONTANTS DES SOINS _____
				DATE DU DEVIS _____
				DATE DE L'EXECUTION _____

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
D	G
00000000 35533411	00000000 11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Redallah Larbi ABADA

PROFESSEUR EN ORL

Et chirurgie de cervico-faciale

Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca



الدكتور رياض العابد

اختصاصي في جراحة الأنف والأذن والحنجرة

وجريدة العنق والوجه

أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء

29 FEV. 2024

Casablanca, le

55,11

7/8/2024 el abada 5610

ORL professeur SPRZ

1 RHX41T

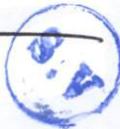


LOT: 280 / PER: 11 //
PPC: 55,10 DHS

7 Dely 7

14,10 13 X3/T

69,110



PPV: 14DH00
PER: 04/23
LOT: J1058

PHARMACIE CHOKR
Dr ZINE EL ABDINE Zukia
Km 14 Douar Ouled Malek
Bouskoura Casablanca
Tél: 022 59 03 82

Dr. ABADA Redallah Larbi
Professeur Azrag
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Tél: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43

TPA : Clinique RACHIDI 43, BD RACHIDI - CASABLANCA

Tél: Personnel : 06 61 23 51 70 - Assistante : 06 53 47 94 78

Clinique : 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43

TPA : مصحة الراشدي 43، شارع الراشدي - الدار البيضاء

الهاتف الشخصي: 06 61 23 51 70 مساعد: 06 53 47 94 78

مصحة: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43

Email : abadaredallah@gmail.com