

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-450226

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ CA ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M779 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LAGZIRI Samir

Date de naissance : 01/02/1975

Adresse :

Tél. : 0663269759 Total des frais engagés : 624,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Em. Lagziri Ahmed Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection O.R.C.

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
01/10/19		5	2500	INP : 091033638

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/10/19	32430

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

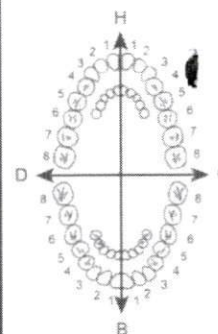
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

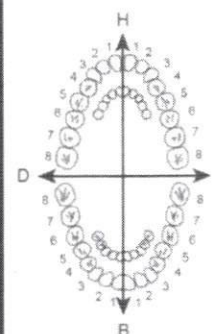
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة المنصوري إيمان Dr ELMANSOURI Imane

أمراض وجراحة
الأنف، الأنف والحنجرة
وجراحة الوجه والعنق



جراحة
الوجه والعنق

ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

des Goitres

des Acouphènes et des Vertiges

Ophtalmiques - Allergologie ORL

Spécialiste en ORL à l'Hôpital 20 Août

طبيبة إختصاصية في أمراض وجراحة الأنف، الأنف والحنجرة

وجراحة الوجه والعنق، والفم والحنجرة

تشخيص الدوخة، الطنين ونقص السمع

التشخيص بالمنظار الداخلي، أمراض الحساسية

طبيبة إختصاصية سابقا بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

الدار البيضاء، في 02/10/13

Logzini Ahmed



1) Nazarin solution nasal
à pulv 15 le sir pdt

2) Enleur sirp
à pulv 15 le sir pdt

3) Novo dol sirp
à pulv 15 le sir pdt

4) Galostop 300 mg
à pulv 15 le sir pdt

LOT : 3880
UTAV : 06-21
PPV : 12DH80

Pharmacie Ouled Zaim
Rue Ouled Zaim - May Jassim
Rue Ouled Zaim - May Jassim
Rue Ouled Zaim - May Jassim

744. زاوية زنقة كلميمة و زنقة أولاد سعيد، إقامة حنان جاسم 1، الطابق الأول الشقة 2، الدار البيضاء
744. Angle Rue Goulmima et Rue Ouled Said, Rés. Hanane Jassim 1, 1^{er} étage - Appt N° 2 - Bourgogne - Casablanca
البريد الإلكتروني: E-mail : mansouriorl@gmail.com : الهاتف/الفاكس : 05 22 20 21 00

Lot:
 A consommer
 de préférence avant le:
 PPC: 79,50 DH

1530

5) Fitapolis enfant si p

7400

Acam x 3h J

Biotic plus 500g

25 x 21 J Ad 8

374,30

