

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIBÉ 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-445893

ND: 31452

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

343

Société :

RAM .

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ARIF MOHAMED

Date de naissance :

01/01/40

Adresse :

1st, Rue MIMOSAS - HAY ERAAHA - Casablanca

Tél. :

0663254631

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/2/2020
Arif mohamed

Age: 01/01/40
 Enfant

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

urolo 88

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 : 10/02/2020

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 Paiement des Actes
31/07/20	Uc		gratuit	INP : 1111111111111111
			Tarif 0	CHIRURGIEN HOUSSAY CARABBEZ

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Abderrahmane Sidi Abderrahmane</i>	<i>10/02/20</i>	<i>193, M</i>

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																	
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																													
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																	
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																																	
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																																	
	ODF PROTHESSES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td></td></tr> </tbody> </table>			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B																																			
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																																
	H	G																																															
	25533412 00000000	21433552 00000000																																															
	D	G																																															
	00000000 35533411	00000000 11433553																																															
	B																																																
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																	
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																	

Docteur Jafar ZEMRAG
Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy
Ancien Assistant - Chef de Clinique
Membre de l'Association Française d'Urologie

Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Génito Urinaires
Lithotriptie Extracorporelle - Greffes Rénales
Echographie - Circoncision - Andrologie
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

الدكتور جهير زمرادك
جراحة المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية ننسى (فرنسا)
رئيس سابق لمصلحة جراحة الكلية
و المسالك البولية بالمستشفى الجامعي بتنسی
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية
أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية
عقم عند الرجال. زرع الكلية. طهارة الأطفال

Casablanca, le 10 / 07 / 2020

Mr Arif ref

193,10

Carbiflo 3 mes



Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
52, Rue Taha Hocine (Ex Gallié) Quartier Gauthier
Casablanca
Tél.: 05 22 26 70 98 / 05 22 26 72 24

AMNIAL Brigitte
DAP Port D'Appartement
SIDI Abderrahman
Bd. 39000 Casablanca