

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° W19-528403

302 - 31713

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 11958 | Société : | RAM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | AKBIL ZAINA |
| Nom & Prénom : | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 06 61 14 34 02 Total des frais engagés : 600 Dhs | | | |

Cadre réservé au Médecin

Dr. Zhour MCHICHI
Angiologue - Phlébologue
3, Rue Calavo, Rés. Al Karam II
et des Hôpitaux - Casablanca

29/02/2020

Date de consultation : 29/02/2020 Nom et prénom du malade : AKBIL ZAINA Age: 42ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Affection Nascente**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

25 JUIN 2020

ACCUEIL

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 |
|-----------------|------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29/10/2010 | Seance de sclerose de varices 2 MT | | 600 D ^H | INP : 091166629 Dr. Zhour MCH Angiologue - Phlebologue 3, Rue Calavo, Rés. Al Kamil ot des Hôpitaux - Casablanca |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Tél.: 0522 27 87 43

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

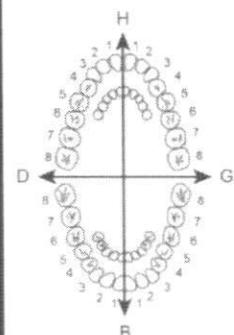
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

| | |
|-------------------------|--|
| 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 | |

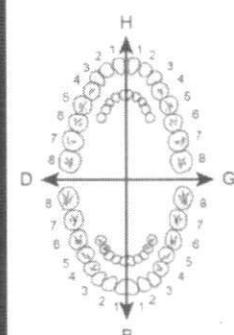
O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

[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 Zhour MCHICHI

Angiologue - Phlébologue
Consultations et
Explorations vasculaires
Traitement des varices
Sclérothérapie - Laser Vasculaire



الدكتورة زهور مشيتشي

فحص وتشخيص
أمراض الشرايين والأوردة
علاج الدوالي
الليزر

29 FEV 2020

FACTURE

Casablanca, le
INP 001807680000033

NOM: AKBIL

PRENOM : ZAINA

EXAMEN : SCLEROSE DES VARICES

Prix de la séance : 600 DH

TOTAL : 600 DH SOIT SIX CENTS DIRHAMS

Dr. Zhour MCHICHI
Angiologue - Phlébologue
3, Rue Calavo, Rés. Al Karam II
Qt. des Hôpitaux - Casablanca
Tél.: 0522 27 47 43