

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.

Biologie 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

ND 37398

Déclaration de Maladie : N° P19- 0010946

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8980 Société : KAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MENHAR HIBA Date de naissance : 07/07/77

Adresse : VILLA 15 DOHA 38 MOCHAMID BOUZAK

Tél. : 0665429400 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ZIZI Abdellah
SPECIALISTE O.R.L
13, BD MASSIRA EL KHADRA - MAARRA
Téléphone : 0522 22 78 18

Date de consultation : 18/03/2020

Nom et prénom du malade : Ame TADLAOUI Lamia Age : 48

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sinusite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 24 AOUT 2020

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 : CAM Le : 18/03/20

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
07/03/2020	G		300,00ds	<i>[Handwritten signatures and a large blue stamp reading "DOCTEUR SPÉCIALISTE DENTAIRE R.L. 07.03.2020"]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signature and stamp]</i>	07-03-20	210,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

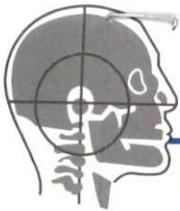
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A coordinate system is overlaid with 'H' at the top, 'G' to the right, 'D' to the left, and 'B' at the bottom. Arrows indicate			



الدكتور الزيزي عبد الحق
Docteur ZIZI Abdelhak

O.R.L.

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Membre de la Société Française d'O.R.L.

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض و جراحة : الأنف - الحلق - الأذن - والعنق - الصمم و الدوخة

Spécialiste dans les Maladies et Chirurgie : NEZ - GORGE - OREILLE - COU - SURDITES - VERTIGES
DIPLOME DE REEDUCATION DU VERTIGE ET DES TROUBLES DE L'EQUILIBRE

Casablanca, le :

20.03.2008

الدار البيضاء، في

80.50

Clayen ren

xc



77.45 MP

Physical

PHARMACIE ANNASR
HIND MENKOR
Docteur en Pharmacie
A.S.S. Almor H 3/CH 4 El Oufra
Tél. 05 22 25 93 89 - 05 22 23 23 15 - GSM : 06 61 56 67 43



47.8

sym

30.



Dayen

w

R

810,77

Tél.: 05 22 25 93 89 / 05 22 98 10 30 - Tél./ Fax : 05 22 23 23 15 - GSM : 06 61 56 67 43 - E-mail : ziziabdellah@gmail.com

93، شارع المسيرة الخضراء المعاريف إقامة السرور - الدار البيضاء

93, Bd. Massira El Khadra Résidence SOROUR - Maârif - Casablanca

85,50

