

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.

N° W19-542137

SN ND:45016

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 11003			
Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAHIY MASSAGHA			
Date de naissance : 23/03/1975			
Adresse : Im 13, App 2 hay al makhzen casab			
Tél. 6667812469 Total des frais engagés : 346,10 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Docteur ZIZI Abdelali PEDIATRE 57, Rue Omar Slaoui - CASA Tel.: 0522 275254 - D: 0522 505004			
Date de consultation : 21/10/2020			
Nom et prénom du malade : CHAHIY MASSAGHA Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : DERMATOLOGIE AGE			
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) :

Le : 20/10/2020



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
21.9.26	G	A	250DH	INP : 09M41986 Docteur ZIZI Abdelali PEDIATRE 57, Rue Omar Slouki - CASA cab : 0522 2752 58 - D : 0522 50 50 04

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DU PARC Dr. Lotfi TAHIRI 123, Avenue Hassan II - Casablanca Tél: 0522 22 11 29 / 0522 22 96</p>	21/08/2018	96,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

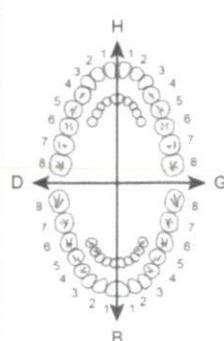
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

For more information about the study, please contact Dr. Michael J. Koenig at (412) 248-7141 or via email at koenig@cmu.edu.



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdel ZIZI
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
PEDIATRE
57, Rue Omar Slaoui
CASABLANCA
Tél Cab: 05 22 27 52 54



الدكتور عبد العالى الزيزى
أمراض الأطفال والرضيع

57، زنقة عمر السلاوى
الدار البيضاء
الهاتف. ع: 05 22 27 52 54

21 SEP. 2020

CHAMI YA COUB

61.20



T. BCG



14.00

2. Hemostatique fracturale



اكزو ميدين®

14,00

عابر للجلد
اكرامدين

20,90

3. Vitamine D3 1000 : 1



1 A 2 hr

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NPR

61118001 272228
PPV : 20,90 DH

PHARMACIE DU PARC
Dr. Latifa TAHIRI
123, Av. Hassan II, Casablanca
Tél: 0522 22 11 29 | 0522 22 96 12

Docteur ZIZI Abdel
PEDIATRE
57, Rue Omar Slaoui - CASA
Cab.: 0522 27 52 54 - D.: 0522 50 50 04