

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **00190**

Société :

X

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHOUAIBI HOUSSAINE

Date de naissance : **1933**

Adresse :

117 Ba Maâbi Youssef CAC

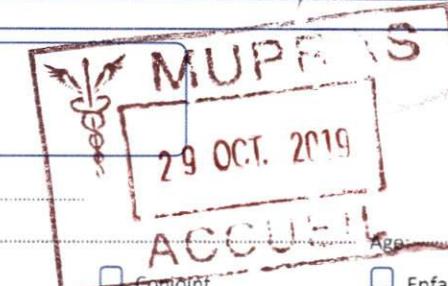
Tél. : **05 22 20 45 45**

Total des frais engagés : **790,60**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Conjoint

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :



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 INP : INPE: 091156893
11/10/19	1		130,00	DOCTEUR KARIM QALI دكتور كاريم قالي Omnipraticien Nutrition - Homéopathie - Phytothérapie 133, Bd. Moulay Youssef Casablanca Tél.: 0522 20 37 66

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE M. HASSAN</i>	27/10/19	240,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412 21433552	[REDACTED]
D	00000000 00000000	[REDACTED]
G	00000000 00000000	[REDACTED]
B	35533411 11433553	[REDACTED]
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
		DATE DU DEVIS [REDACTED]
		DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Karim OUALI

Nutritionniste Phytothérapeute Homéopathe

Diplômé des Universités de Casablanca, du Canada et de France

Obésité - Coaching Nutritionnel

Diabète - HTA - Dyslipidémie - La goutte

Traitement de support homéopathique en cancérologie

Suivi nutritionnel : Intolérance au gluten - RCH - Maladie de Crohn

Med. douce : Troubles digestifs - Anxiété - Stress - Arthrose - Ménopause



الدكتور كريم والي

اختصاصي في التغذية ، الطب الطبيعي والمعالجة المثلثية
خرج جامعة الدار البيضاء فرنسا وكندا

السمنة - التدريب الغذائي

السكري - إنقاص ضغط الدم - إضطراب الكوليستيول - التقرّص

المعالجة المثلثية لدعم السرطان

المتابعة الفيزيائية : شباب المهاجرين - إنها القولون - مرض كرون

الطب البديل: إضطرابات الجهاز الهضمي - القلق - الإجهاد - إنها مقاصل - أعراض سن اليأس

ORDONNANCE

07 octobre 2019

87,40

Nom du patient : Houssaine CHOUAIBI

PPV: 87DH40
PER: 04/26
LOT: I1089

- DOLICOX CO 120MG B7 COMP PELLI

1 comprimé par jour

52,80

- PRAZOL CO 20MG B14 GELULES

1 gélule par jour

82,20

- CODOLIPRANE CO 400MG/20MG B16 COMP

1 comprimé 3 fois par jours

49,40

- COLTRAMYL CO 4MG B12 COMP

1 comprimé matin et soir

29,80

1 comprimé matin midi et soir

740,60

Sobrus Code



1 234567 890128

Bon rétablissement

Cachet et signature

DOCTEUR KARIM OUALI
الدكتور كريم والي
Omnipraticien
Nutrition - Homéopathie - Phytothérapie
133, Bd. Moulay Youssef Casablanca
Tél.: 0522 20 37 96