

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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

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 :

23314

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FILALI

Hanafi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0663792706

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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.

ACCUEIL

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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient									
					Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>								
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>								
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>H</td> </tr> <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> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		D	H	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553		
D	H												
25533412 00000000	21433552 00000000												
D	G												
00000000 35533411	00000000 11433553												
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution											

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 0061485 		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

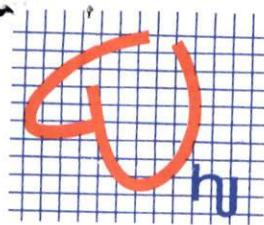
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 4726	<i>Signature de l'adhérent</i>
Nom & Prénom T. FILALI Hindou		Fonction Retraitée	
Phones 0663722206		Mail hindafilali@gmail.com	
MEDECIN	Prénom du patient Hinda		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 55
Nature de la maladie DM de gen - Palpites			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Ce KG (ECG)			300 DH
PHARMACIE		Date 24.01.2022	
Montant de la facture		2307,40	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Docteur Dr. Bouchaib AL GOUADAL - Al Khadra - 20, CAPD, 37 BIS, Rue Bir Abyad, AZEMMOU, Tel: 05233477

Pharmacie de la et du
Dr. Bouchaib AL GOUADAL - 37 BIS, Rue Bir Abyad, AZEMMOU, Tel: 05233477

CACHET

CACHET



CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Résidence Star Youness , Rue Oumaïma Sayeh, N°20, 2ème étage, App. N°6
Boulevard Al Massira Al Khadra , Quartier Racine - Casablanca 20000

الدكتور حسن جملي
أمراض القلب والشرايين

Dr. Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université
de Nice - Sophia Antipolis
Ex. Assistant spécialiste
des Hôpitaux de France

Pharmacie PAL
Dr. Bouchaib AL GOUZMARI
37 Bis, Rue Bir Anzarane
AZEMMOUR
Tél: 05 23 34 72 90

24 JAN. 2020

Q. Fiboli Hinde

255 + 6



Coralac 5

Mr x 21 r



ROZAT 10

Mr 68



Askenal 16

Mr le midi

235 x v

230 f, 40

03 M

GSM : 06 61 14 94 22
Tél : 05 22 39 31 01
Fax : 05 22 36 79 35

Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaïma SAYAH
Bd. Al Massira Al Khadra, Casablanca
Tél. 0522 39 31 01 FAX: 0522 36 79 35
INP 091080218

MXGS0059

6 118001 130030
CORALAN 5 mg
Boîte de 28 comprimés
PPV : 295,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS0059

6 118001 130030
CORALAN 5 mg
Boîte de 28 comprimés
PPV : 295,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS0059

6 118001 130030
CORALAN 5 mg
Boîte de 28 comprimés
PPV : 295,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS0059

6 118001 130030
CORALAN 5 mg
Boîte de 28 comprimés
PPV : 295,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS0059

6 118001 130030
CORALAN 5 mg
Boîte de 28 comprimés
PPV : 295,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS0059

6 118001 130030
CORALAN 5 mg
Boîte de 28 comprimés
PPV : 295,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

ROZAT® 10 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés

6 118000 041771

ROZAT® 10 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés

6 118000 041771

ROZAT® 10 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés

6 118000 041771

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dispersibles

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dispersibles

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dispersibles

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dispersibles

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dispersibles

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dispersibles

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dispersibles

6 118000 033196



HR	79/min	P	90ms	Axe P	37°
RR	759ms	PQ	134ms	Axe QRS	38°
		QRS	84ms	Axe T	58°
TA		QT	374ms	QTc(B)	428ms

(* Non confirmé par le médecin)
*RYTHME SINUSAL
*ECG DANS DES LIMITES NORMALES

1/1
B-1

