

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-444999

ND: 30795

Optique

Autres



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

7058

Société :

BAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KTIRI JAOUAD

Date de naissance :

14 04 57

Adresse :

TAHITI

Tél. :

0661373313

Total des frais engagés :

2650

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

N° 15/02/2020

Age: 59

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA + ANGINA

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 : 05/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

K. J.

25 02 20

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Chèque et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25-2-20			6	INP : 151075121 DOCTEUR JALAL ALI CARDIOLOGUE Ble d'Ibn Sina N° 4 Temara - Casablanca Tel : 05 37 64 20 60
25-2-20				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/07/08	26600

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	



Comprimés pelliculés à libération prolongée

LOT: 171230 PER: 09-22
PPV: 29,30DH

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coeff.	Valsartan										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 97,60										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </table>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	B	H		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	B													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B	H													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
				DATE DE L'EXECUTION										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												





مركز أمراض القلب والشرايين
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

الدكتور جلال كريم
Docteur Jalal KRIEM

Tél. : 05 37 64 20 60
Fax : 05 37 74 14 48
E-mail : drjkriem@gmail.com

Témara, Le 25/2/16

M^r MINA SAÏD Ép
KTRI

2930 - Glomerid 1,5
185 lemt

Valpiti 160
185 lemt

Redlip 20 = 185 lemt

~~260~~
260
BENSAID
Pharmacie
DOCTEUR JALAL KRIEM
Centre Cardiovasculaire
Témara - Casablanca - Maroc

Dr. Zmiz