

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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 : 2766 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUSSAUI MUSTAPHA

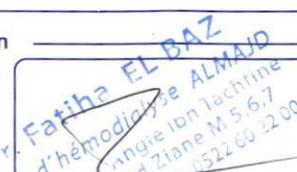
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
28/07/2020	CUC	G	EL BAZ Centre d'hémodialyse ALMAJD Rue Amoura Ziane M 5,6,7 et Route Oulziane M 5,6,7 Tel: 0524 60 22 00	ALMAJD

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA BOURGOGNE	28/07/2020	503,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

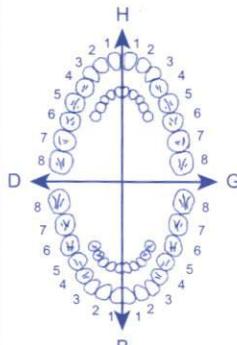
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
Coefficient DES TRAVAUX				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				
DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
G				
[Création, remont, adjonction]				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre de dialyse AL MAJD

DR EL BAZ FATIHA

Spécialiste en néphrologie
maladie des reins et hémodialyse
Ex-médecin chef du service de dialyse
à l'hôpital Moulay Rachid, Casa



INPE : 091 044 644

Casablanca le: 28/7/07
الدار البيضاء في:

مركز تصفية الدم المجد

الدكتورة فتحية البا

اختصاصية في امراض الكلى و تصفية الدم

طبية و رئيسة سابقة لمصلحة أمراض الكلى
و تصفية الدم بمستشفى مولاي رشيد، الدار البيضاء

294,50

coveraee 10/100 181,

378,00 dez anal 2n 181.

791,50 Br spirorozoles 15x21,00

581,00 furgacee 2n 181, ap ref

36,00 lacet formig 181,00 ref
503,10 milicee ap ref

Dr. Fatiha EL BAZ
Centre d'hémodialyse ALMAJD
Res. Almazid, 22, 10000 Casablanca
6 Route Ouled Ziane N°5, 6, 7
Tel: 0522 60 81 81 - Fax: 0522 60 22 00

Dr. Fatiha EL BAZ
Centre d'hémodialyse ALMAJD
Res. Almazid, 22, 10000 Casablanca
6 Route Ouled Ziane N°5, 6, 7
Tel: 0522 60 81 81 - Fax: 0522 60 22 00

LOT : 19E015
REF : 10/2022

6 118085866154
P.U. : 37D80
CP PEL 820
SECURE 200 MG
01-01-9MA0111
PER : 12/2021

BOTTU SA
PPV : 36DH00
PER : 03/22
LOT: 0001047

SECRET 1 200 166

99169001