

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

entaire :

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.

60835

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : KADIRI Yamina Société : M&E 4915

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KADIRI Yamina C Vve EZZAKhzaify

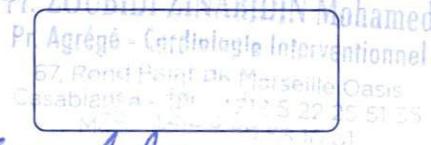
Date de naissance : 08.09.1946

Adresse : 3, Rue Yakkas bniou Hayane - Imp. Palmares - Casablanca -

Tél. 06 88 77 33 87 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21 dec. 2020

Nom et prénom du malade : KADIRI YAMINA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HFA

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 : 22/03/2021

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
Mardi 24/12/20	Gr	G		<p>Dr. ZOUBIDI ZINADINE Mohamed Dr. Agence - Centre Dentaire conventionnel 10 Rue de la République - Marseille 13003 Capitainerie - Tél : 04 91 23 21 75 51 35 M. 06 10 56 60 10 01</p> 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/20	360,60

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCOEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		CCOEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H	G	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D	G	
00000000	00000000	
35533411	11433553	
B	B	
(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 Cardiologique
Interventionnel

ZOUBIDI MOHAMED ZINABDIN

Professeur Agrégé

Coronarographie - Angioplastie - Stimulation Cardiaque

Date :

CASA LE 24/12/2020



Mme KADIRI YAMINA

1-TAREG 160

1-0-0



X2 MOIS

180.30

X2

2020-12-24
2021-02-24
TAREG 160 mg
6118001030309
28 comprimés pelliculés
PPV : 180.30 DH



INPE : 091026955

Pr. ZOUBIDI ZINABDIN Mohamed
Pr. Agrégé Cardiologie Interventionnel
67, Rond point de Marseille Oasis
Casablanca Tel. : +212 522 25 51 35
Mob. : +212 6 69 58 10 81

Centre Cardiologique Interventionnel

67,Rond point de Marseille, Oasis - Casablanca - Tél.:+212 522 25 51 35 / GSM : +212 669 58 10 81
E-mail : mz_zoubidi@yahoo.fr / mz_zoubidi@centrecardiologie.com / www.centrecardiologie.com