

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

armacie :

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.

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.

ntaire :

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.



Maladie

Dentaire

Optique

5133U

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0003715

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KACHAL IJOU

Date de naissance : 1948

Adresse : 4. BLOC DEROUA

Tél. : 665275306

Total des frais engagés : 149530 + 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MUPRAS

14 DEC. 2020

ACCUEIL

Date de consultation : 11/11/2020

Nom et prénom du malade : KACHAL IJOU Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

HJD

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) :



VOLET ADHÉRFNT

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
11/11/19	CSL ECG	"	150,00 100,00	J
				11/11/19 - ECR

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Loc (1) N° 1 Deroua Tél: 05 22 53 20 82	17/11/92	1695,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS



17/11/2020

Casablanca, le :

KACHAL Ijjou

150,00 + 3

VASTAREL 35

1 comprimé matin, pendant 6 mois

160,00 + 4

AVACOR 300

1 comprimé le matin, pendant 6 mois

357,00 + 3

KARDÉGIC 160

1 sachet à midi après le repas, pendant 6 mois

99,00 + 3

COSTAL 20

1 comprimé le soir, pendant 6 mois

1495,30

Remboursement au
Stock n° 1 Douroua
Télé: 2253 20 83

Entierement remboursé
Bloc 0 M 1 au
T 118052253 2083



160,40

AVACOR® 300 mg
Irbesartan
30 Comprimés pelliculés



160,40

AVACOR® 300 mg
Irbesartan
30 Comprimés pelliculés



LOT : 200734

UT AV : 05/2023

PPV : 99,00DH

LOT N° :

160,40

VASTAREL® 35 mg
Dichlorhydrate de trimétazidine
60 Comprimés pelliculés

6 118000 100218

LOT N° :

LOT : 191898

UT AV : 12/2022

PPV : 99,00 DH

LOT N° :

160,40

KARDEGIC 160 MG
SACHETS B30

LOT : 20E015

PER : 10/2021

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160 MG
SACHETS B30

LOT : 20E019

PER : 05/2023

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

COSTAL® 20 mg
Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés



COSTAL® 20 mg
Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés

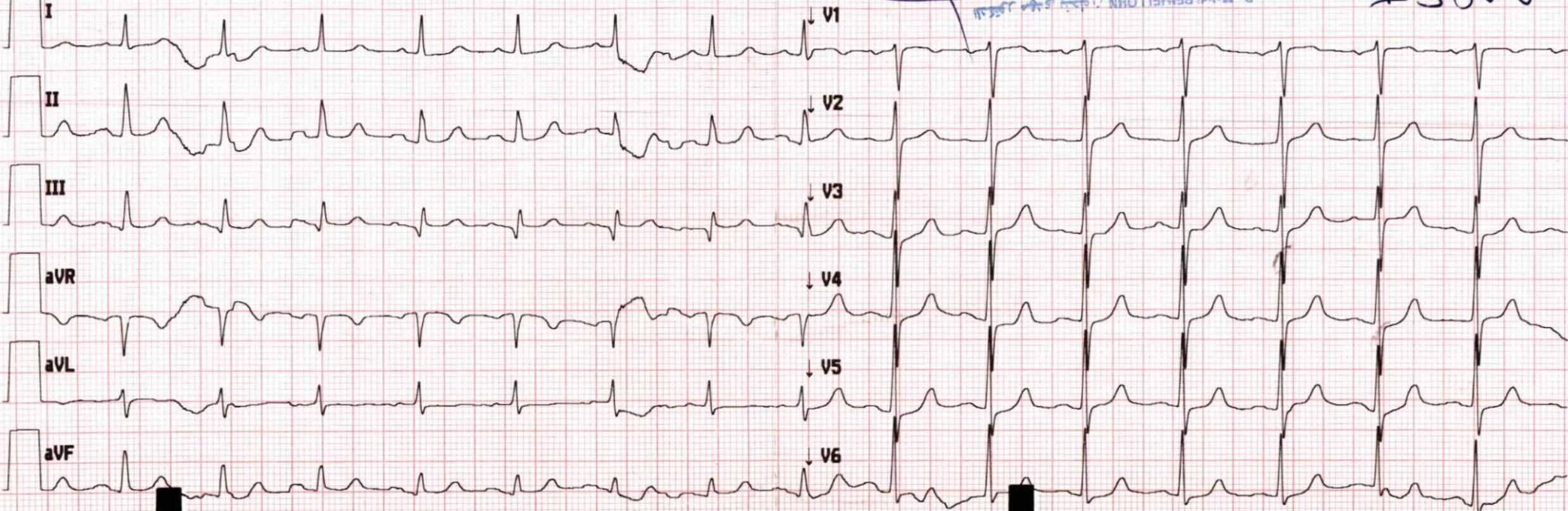


COSTAL® 20 mg
Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés



ID:
D-naiss:
ans,

17-Nov-2020 15:22:12 Fréq. Card.: 94 BPM
Axes P-R-T: 58 37 56 Int PR: 172ms
Dur.QRS: 85ms QT/QTc: 338/390ms



17-Nov-2020 15:22:12 INPE: 91170670
TCE: 06 22 91 CT 62 - 06 04 72 39 1A
BME 2, M61-16r Eledge RF Chaitin - G Suite
CASDIOLOGUE
Dr. Mehdi BENJELLOUN Q57454343

1500 J