

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé au médicament 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W19-594650

51773

Médecin

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

09818

Société :

Autre : Départ : IBRAHIM

Nom & Prénom :

KHALIL

Date de naissance :

11.05.1975

Adresse :

19 Rue HAFNAOUI, Agdal, Fès, MAROC
APTS, Casablanca

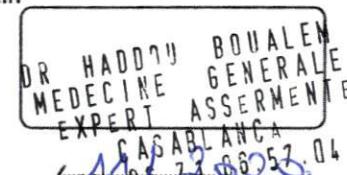
Tél. :

0661291280

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10

Nom et prénom du malade :

KHALIL IBRAHIM Age: 45

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

H.TA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

15 DEC. 2020

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration de avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL



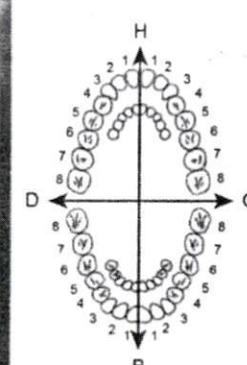
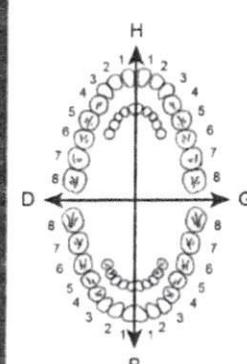
Cachet et signature du Médecin		Cachet et signature du Médecin
		Assistant et Signature
		Assistant et Signature
		Signature et Numéro d'identification des Actes
		INP : 091070716
		10/11/22 C OR 15084
<p style="text-align: center;">EXÉCUTION DE LA ORDONNANCE EXPERT ASSERMENTÉE DR HADDOU BOUALEM MÉDECINE GÉNÉRALE CASABLANCA 06.11.06.57.04</p>		
Cachet du Pharmacien ou du Fourrier		Date Montant de la Facture
		10/11/22 792,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

DEBOUCHE 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.																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Traitées</th> <th style="width: 15%;">Soins</th> <th style="width: 15%;">Coef. coefficient</th> <th style="width: 15%;">Coef. coefficient</th> <th style="width: 15%;">Coef. coefficient</th> <th style="width: 15%;">Coef. coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Traitées	Soins	Coef. coefficient	Coef. coefficient	Coef. coefficient	Coef. coefficient																																																
Traitées	Soins	Coef. coefficient	Coef. coefficient	Coef. coefficient	Coef. coefficient																																																		
																																																							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																																																							
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553																																												
H	21433552																																																						
25533412	00000000																																																						
00000000	00000000																																																						
00000000	00000000																																																						
35533411	11433553																																																						
																																																							
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																							
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'EXE

Docteur HADDOU BOUALEM

MEDECINE GENERALE

Expert Assermenté près les Tribunaux

32, Avenue Union Africaine
(Ex Avenue "N") Cité Djemaâ
Casablanca - Tél.: 05 22 55 22 11
GSM : 06 71 06 57 04

الدكتور حدو بوعلام

الطب العام

خبير محقق لدى المحاكم

32، شارع الوحدة الإفريقية
(شارع ن سابقا) - قرية الجماعة
البيضاء - الهاتف : 05 22 55 22 11
المحمول : 06 71 06 57 04

Casablanca , le : 10/11/2020

M² KHALIL IBRAHIM

Exforge 5mg/160

1g + 6 mois pd 90j

264.00X3

200

DR HADDOU BOUALEM
MEDECINE GENERALE
EXPERT ASSERMENTÉ
CASABLANCA
06.71.06.57.04

NOVARTIS
PPV : 264,00 DH



Dr HADDOU BOUALEM
MEDECINE GENERALE
EXPERT ASSERMENTÉ
CASABLANCA
06.71.06.57.04

NOVARTIS
PPV : 264,00 DH