

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 045138

Optique 52080 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3091 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAYADI MUSTAPHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0676099992 Total des frais engagés : Dhs.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/11/2020

Nom et prénom du malade : BAYADI MUSTAPHA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DD CT

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) : _____

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Route d'El Jadida KM 13 Quartier Azrouz CASA Tél: 05 28 01 11 92/06 55 12 73		1108,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la maladie 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 l'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a circular DNA molecule with 16 numbered nodes arranged in two rows of 8. The nodes are labeled with numbers 1 through 8, repeated twice. The molecule is oriented with four directional arrows: H (top), D (left), V (bottom), and B (right). The nodes are interconnected by a network of lines, forming a closed loop.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Centre D'hémodialyse Dr Jabrane

14, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca

Docteur JABRANE ABDELAZIZ

Spécialiste en Néphrologie - Dialyse

Tél. : 05.22.98.49.55

Fax. : 05.22.98.88.05

Urgences : 0661.330.244



الدكتور جبران عبد العزيز
اختصاصي في أمراض الكلى

الهاتف : 05.22.98.49.55

الفاكس : 05.22.98.88.05

المستعجلات : 0661.330.244

Casablanca Le: 17/11/2010

ORDONNANCE

MC BAYADI HASSAFA

120,00 x 2

- Ofitrem 200

SV

x 02 Bantes

79,70 x 4

1 cup/j

- A2 x 500

SV

x 04 Bantes

60,90 1 cup/j

- Finasterine 45 mg SV x 01 Bante

(20,10 x 4) + (33,60 x 3)

- Recaktion 0,5 mg SV x 07 Bantes

197,90 1/2 cup/j

- Aspergic Sod SV

x 01 Bante

56,30

1 st j

SV

- D. Cure 100.000

14, Bd. Yacoub El Mansour

JABRANE ABDELAZIZ
NEPHROLOGIST

Casablanca, Tel: 05.22.98.49.55

Dr. JABRANE ABDELAZIZ
Nephrologist
Casablanca KM 19
Tel: 05.22.98.49.55
Fax: 05.22.98.88.05
Mobile: 0661.330.244
Email: jabraneaziz@menara.ma

61,50

1/4 cup 15jns

SV

82,10 Motric 1/2

1/2

- Esac 20 1/2

SV

INPE: 091079459 - INPEts: 090001355 - Patente: 35802587 - CNSS: 6009345 - IF: 40804331

ICE: 001658885000049 E-mail: jabraneaziz@menara.ma

1.108,00

LOT 201999
EXP 09 2023
PPV 33,60

PPV: 61DH50
PER: 07/23
LOT: J1970

LOT 201999
EXP 09 2023
PPV 33,60

LOT 201999
EXP 09 2023
PPV 33,60

LOT 201996
EXP 09 2023
PPV 20,10

LOT 201996
EXP 09 2023
PPV 20,10

LOT 201583
EXP 06 2023
PPV 20,10

LOT 201583
EXP 06 2023
PPV 20,10

82,10
LOT: 201999
PER: 07/23
PPV: 82,10

ZINASKIN®

PPV 400DH0

EXP 07/2023
LOT 06074 16

ASPEGIC 500MG
SACHETS B20

PER: 09/2021 P.P.V: 27DH20

6 118000 061090

PPV: 56,30 DH
LOT: 20F24B
EXP: 06/2022

LOT 201961
EXP 08 22
PPV 170.00 DH

PPV: 79DH70
PER: 09/23
LOT: J2 418

PPV: 79DH70
PER: 09/23
LOT: J2418

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J2782

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J2863

LOT 201296 1
EXP 05 22
PPV 170.00 DH