

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER 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.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

N° W19-516208

ND 18837

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 9818		Société : Départ	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HALIL
Nom & Prénom : HALIL			
Date de naissance : 01/09/1975			
Adresse : 29 Rue Hassan II, 55003, Agadir			
Tél. : 066129128 Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
DR HADDOUBI BRAHIM Médecin Général Expert Accrédité Pres les Traitements 22, Av. Universitaire, Agadir Gta Djemaa - Casablanca Tel: 0529 56 22 11 - 0529 56 22 12			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 12/12/2019			
Nom et prénom du malade : Halil Ibrahim Age: 44			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTA			
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'attendeur conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : Agadir Le : 12/12/2019			
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
15/01/2020	02	15000	INP : 09110710TP16	Dr. HADBOU BOUALEM Médecine Générale Assermenté Prés les Tribunaux 32, Av. Union Africaine (Ex. Av. "N") Cité Diemaa - Casablanca Tél: 0525 22 11-45/0571 86 57 94

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR HADBOU BOUALEM	25/01/2020	1083,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

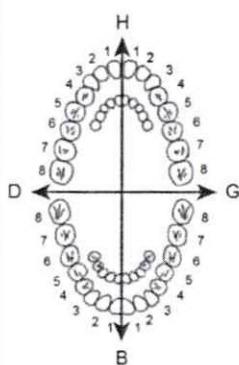
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

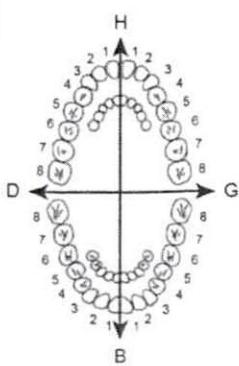


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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 محلل لدى المحاكم

32. شارع الوحدة الإفريقية

(شارع ن سابقا) - قرية الجماعة

05 22 55 22 11 - الهاتف :

06 71 06 57 04 : المحمول

Casablanca , le : 25/01/2020

M^E KHALIL IBRAHIM



3 x 361,00

Exforge 5mg

147, le mth 90g/28 comprimés

EXFORGE 5mg 28 comprimés

1083,00

Dr. HADDOU BOUALEM

Médecine Générale
Expert Assermenté près les Tribunaux
32, Av. Union Africaine (Ex. Av. "N")
Cité Djemaâ - Casablanca
Tél: 05 22 55 22 11 - GSM: 06 71 06 57 04

1128346-A14-MA

611800103056 9
EXFORGE 5mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

15276

611800103056 9
EXFORGE 5mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

611800103056 9
EXFORGE 5mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg
28 comprimés pelliculés

