

1745

Déclaration de Maladie

N° W19-427613



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 canalaire, 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 canalaire.

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1745	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ADIL ABDELLKADER			
Date de naissance : 1-1-49			
Adresse :			
Tél. : 0678671474 Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Docteur Hassan JAMMI CARDIOLOGUE 20, Rue Oumaima SAYAH Bd. Al Massira Al Khadra Casablanca Tel. 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 33 INP: 091080218 </div>			
Date de consultation : 03 MARS 2020			
Nom et prénom du malade : ADIL Abdellkader			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
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) :			



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
03 MARS 2008	CE ECG	16,1	300 DH	INP : [REDACTED] Docteur Hassan AL KHALED CARDIOLOGIST 20, Rue Oussama Ben YOUSSEF Bd Al Massira 39 3101 Al Khadra Tunis 100218 Tel: 0522 39 3101 Fax: 0522 39 3103

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
3/3/08	CO Date 06/03/08	2094,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

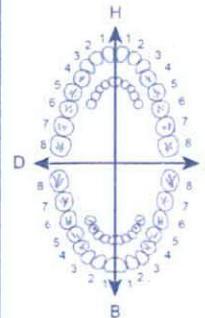
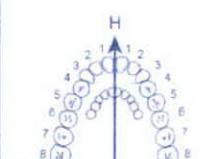
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

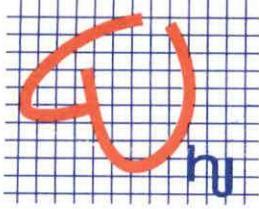
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور حسن جملي
أمراض القلب والشرايين

Dr. Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université de Nice - Sophia Antipolis
Ex. Assistant spécialiste des Hôpitaux de France

1128346-A14-MA



GSM : 06 61 14 94 22
Tél : 05 22 39 31 01
Fax : 05 22 36 79 35

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Résidence Star Youness , Rue Oumaima Sayeh, N°20, 2ème étage, App. N°6
Boulevard Al Massira Al Khadra , Quartier Racine - Casablanca 20000

03 MARS 2020

Ac. Cassil Astel beder

15
Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr.
361,00x4
T=1444,-

15
Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr.
162,60x4
T=650,40

Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr.
T= 2094,40

Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr.
Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr.
Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr.

Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaima SAYAH
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa
Tél.: 0522 39 31 01 - Fax: 0522 38 78 35

* VIGNETTE

■ NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

* VIGNETTE

■ NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

* VIGNETTE

■ NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

* VIGNETTE

■ NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

03/03/2020 12:56:28

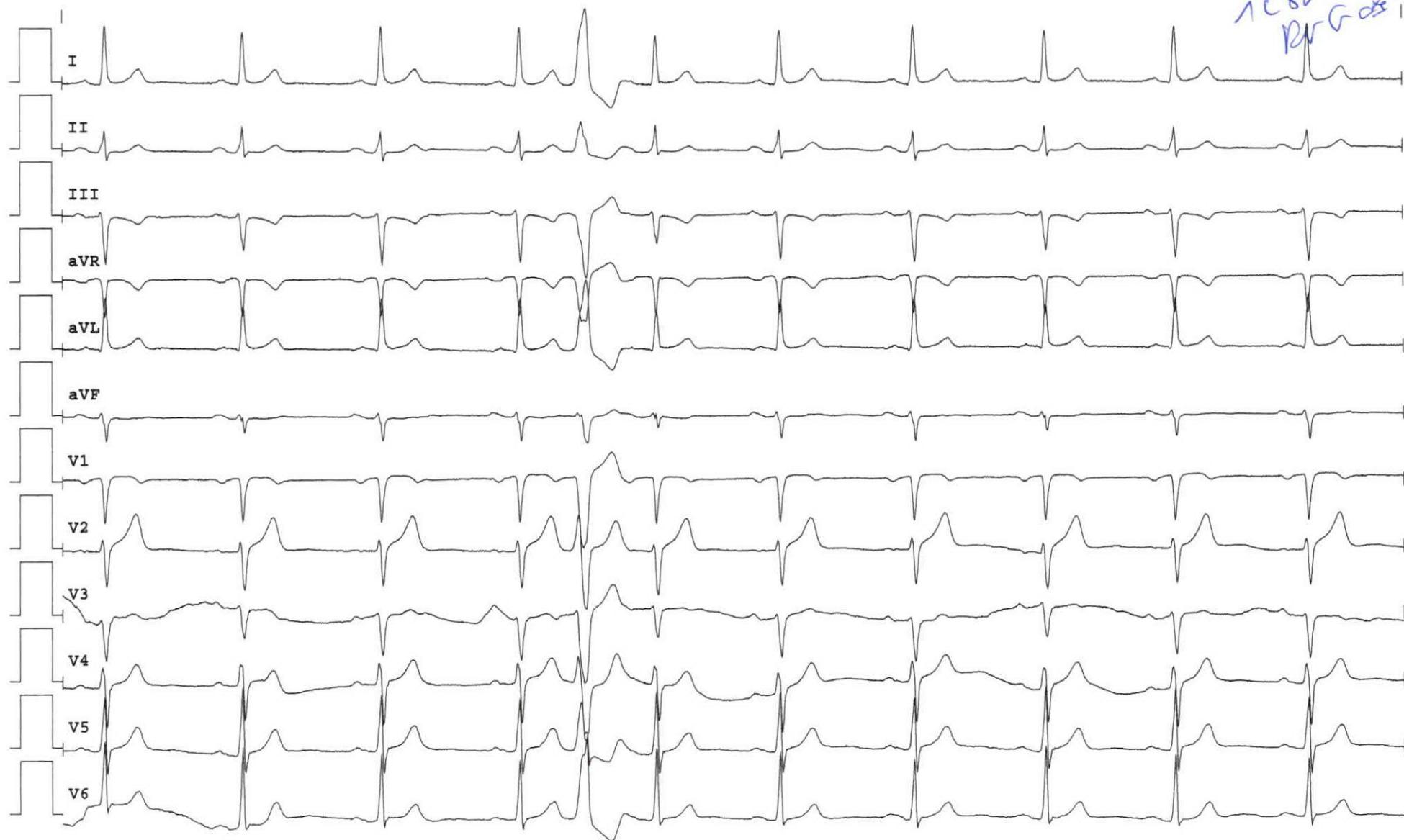
ID :

Nom : LADIL ABDELKADER

PA 1419

FC : 66 BPM Né le :
PR/RR : 0,171/0,898 s Âge :
QRS : 0,098 s Sexe :
QT\QTc : 0,366/0,386 s Dep :

B1
188V
P1 G081



25 mm/s, 10 mm/mV