

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

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

N° W21-658746

(Non) pour mal

Optique Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

432

Société

Actif

Pensionné(e)

Autre

RETRAIT

Nom & Prénom

OUTATI MUSTAPHA

Date de naissance

1-11-1939

Adresse

19 Rue Al Massira Al Khadra 3400

Tél.

0661904243

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaima SAYAH
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa
Tél. : 0522 29 31 01 - Fax : 0522 36 79 31
INP. 091080218

Cachet du médecin

04 JAN. 2022

Date de consultation

HOURRAIS Fatima

Age: 81 ans

Nom et prénom du malade

HOURRAIS Fatima

Lien de parenté

Lui-même

Conjoint

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 :

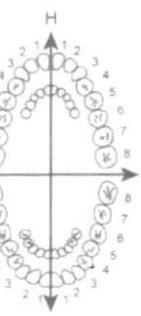
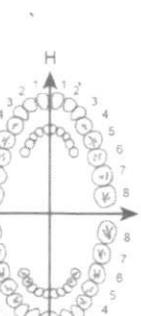
28/01/2022

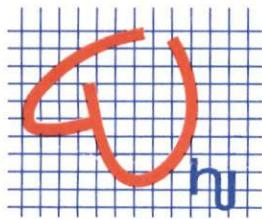
Signature de l'adhérent(e)

Le : *28/01/2022*

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourrassieur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie de la Paix</i>	<i>07/01/92</i>	<i>286,40</i> <i>+ 87,00</i> <i>373,40</i>

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		1505.24	

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 de l'ODF.																	
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												



CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

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

الطبخة لسن جمهور

Dr. Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE

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

Barcode with number 118001130513
T... 118001130513
comPLIXAM 10mg/2.5mg/5 mg
PPV comprimés pelliculés
164.70 Dh
Servier Maroc - Casablanca

:34DH70
:10/24
:K2948

LOT: 210348
DUO: 09/2024
87,00DH
Dava Pharmaceuticals

LOT: 210530
DLVO: 10/2024
7,000DH

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

A. OUR RAIS fatime

164,70

4

Implicit

10/2.5/5

34, 70 Mr. Hot

dr. Zepam 6.

2x 87, w 1/2 a x21.

Relaxation techniques

1986.4003(M)

$$\begin{array}{r} + 87,00 \\ \hline 373,40 \end{array}$$