

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

ditions 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.

rmacie :

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.

cique :

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.

ntaire :

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 459 Société : MU987

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NGUIDA HAMID

Date de naissance : 01.05.1944

Adresse : 29, Rue Mohamed La Aroussi - Apt 1
CASABLANCA

Tél. : 06.62.82.07.95 Total des frais engagés : 510,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/04/2022

Nom et prénom du malade : NGUIDA HAMID Age :

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 : Casa Le : 26/04/2022

Signature de l'adhérent(e) : Y. Amal



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
<i>GRANDE PHARMACIE DU MAROC Mme DEBBACHE BENHIS Naima Place Bandiera - Casablanca</i>	26/04/2021	510,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

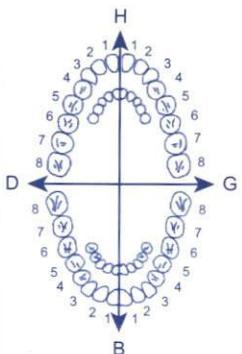
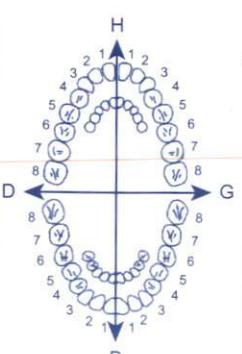
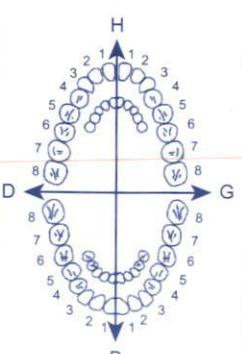
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	Coefficent	CoeffICIENT DES TRAVAUX																				
																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="0" style="width: 100%;"> <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>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">D</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>	D	G	00000000	00000000	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">B</td> <td style="width: 50%;">H</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> </tr> </table>	B	H	00000000	21433552	35533411	00000000	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">CoeffICIENT DES TRAVAUX</td> <td style="width: 50%;">MONTANTS DES SOINS</td> </tr> </table>	CoeffICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS
H	21433552																							
25533412	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
D	G																							
00000000	00000000																							
B	H																							
00000000	21433552																							
35533411	00000000																							
CoeffICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS																							
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
																								
DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION																							
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</td> <td style="width: 50%;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</td> </tr> </table>	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																							



**URGENCES
24/24**

05 22 36 09 09

Dr Najib GARTI

Cardiologue - Rythmologue

Pace Maker

Défibrillateurs

Cryoablation de la Fibrillation
auriculaire

Traitement des troubles du rythme
par Radiofréquence

Echocardiographie Doppler Couleur
Epreuve d'effort

Holter tensionnel et rythmique

Diplômé de la faculté de médecine
de limoges (France)

Sur Rendez - Vous

Gsm : 0661 24 30 06

Casablanca, le

26/4/2022

Mr (Mme)

10970 A NGADA Hamid.
- conf. fl. o. u. 1 48 ')
15330
- Sumidam 16- 1 x 2
123,60 X 2
- Endim 10 1 48 ')



Dr. N. GARTI
Cardiologue - Rythmologue
Pace Maker
Défibrillateurs
Cryoablation de la Fibrillation
auriculaire
Traitement des troubles du rythme
par Radiofréquence
Echocardiographie Doppler Couleur
Epreuve d'effort
Holter tensionnel et rythmique
Diplômé de la faculté de médecine
de limoges (France)
Sur Rendez - Vous
Gsm : 0661 24 30 06

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'anfa) - Casa
Patente N° 35615328 - IF 40713811 - INPE 091066621 - ICE 001584040000063

Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88

E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : www.cvaryrhythmologie.com