

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

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

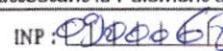
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement d'à caractère personnel.

N° W21-712406

115166

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricule : 1646		Autre :	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		Nom & Prénom : KARIN IPhou	
Date de naissance :		01/01/1953	
Adresse :		Lot Nassin N° 304 Hay Nassin Sidi Maârouf	
Tél. : 06 45 21 72 10		Total des frais engagés	
Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 1705, 2022 Cami Dha			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant 12 T			
Lien de parenté :			
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 :			
Signature de l'adhérent(e) :			
Le : 1/1/2022			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
17/07/12	RTD RT		€ 750,-	INP : 00000000000000000000000000000000 

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODDF.

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة العبادي
CLINIQUE ABBADI

Casablanca, Le

17/05/2022

CODE ETABLISSEMENT : 090006800

FACTURE NR 17253-1/022.

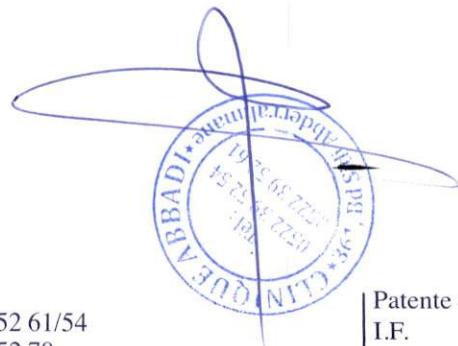
NOM ET PRENOM :MR KARIM MOHAMED .

BENEFICIAIRE :LUI -MEME.

INTERVENTION : ABLATION DU CATHETER .

COTATION : **750.00DHS.**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS.



361, Bd. Sidi Abderrahman
Casablanca - Maroc

Tél. : 05 22 39 52 61/54
Fax : 05 22 39 52 70
E-mail : clinikabbadi@hotmail.fr

Patente : 34801035
I.F. : 48555273
ICE : 002715768000056
INP : 090006800



مصحة العبادي CLINIQUE ABBADI

DR EL ABBADI MED SAAD
CHIRURGIEN CARDIAQUE ET VASCULAIRE
361, BD. SIDI ABDERRAHMANE
TEL : 022395254
FAX : 022395270

Casablanca, Le

17/05/2022

COMPTE RENDU OPERATOIRE

MR KARIM MOHAMED .

OPERATEUR : DR EL ABBADI
ANESTHESISTE : DR ALLAM
TYPE D'ANESTHESIE : ANESTHESIE LOCALE

TITRE : INSUFFISANCE RENALE TERMINALE

INTERVENTION : ABLATION DU CATHETER

Abord de 2 cm en regard du point de ponction susclaviculaire.

Contrôle du Catheter.

Retrait et hémostase du point d'entrée jugulaire.

Libération de l'olive en téfon.

Ablation complète du Catheter.

Crin sur la peau.

Pansement compressif en fin d'intervention.

