

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.

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.

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 |

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Au

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01697 Société : RA7
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : BELBEIDA Nohaime
Date de naissance : 01/01/1955
Adresse : BP 12 884 HAY HABSAN CASA
Tél. : 0522366505 Total des frais engagés : 123 000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24 AUG 2019

Nom et prénom du malade : El Miladi Fakir

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Tachycardie

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'atter médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je c
avois pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 03/09/19

Le : 05/09/19

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
24-01-2019	DR. BENAZZOUZ CARDIOLOGUE	100% RUE DE TUNIS N°7 TELEFAX: 05 23.67.19.00	233.00	INP : AM08150 DR. BENAZZOUZ CARDIOLOGUE RUE DE TUNIS N°7 TELEFAX: 05 23.67.19.00	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture			
DR. BENAZZOUZ CARDIOLOGUE RUE DE TUNIS N°7 TELEFAX: 05 23.67.19.00	24/8/19	233.00			
ANALYSES - RADIographies					
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraire		
DR. BENAZZOUZ CARDIOLOGUE RUE DE TUNIS N°7 TELEFAX: 05 23.67.19.00	24/8/19	COPIE			
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraire
		A M	P C	I M	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES												
Le praticien doit 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												
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
			INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>									
			MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>									
			DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>									
			FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>									
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552										
D	00000000	00000000										
B	35533411	11433553										
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>										
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>										
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>										
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'												

السرستور بنعزوز

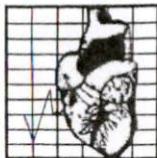
ملحق سابق بالعصبة الوطنية

لحرابة أمراض القلب

والشرايين بالرباط

رئيس سابق بمصلحة أمراض القلب

بمستشفى محمد الخامس بالحسيمة



Ancien attaché au Centre National
de L.C.M.C.V de Rabat

Ancien Chef de Sce de CARDIOLOGIE
à l'Hôpital Mohamed V - El Jadida

Spécialiste en EXPLORATIONS
CARDIO-VASCULAIRES

El Jadida, le : الجديدة، في :

24 AOUT 2019



PPV: 55.00 DH
LOT: 6118005
PER: 10/20

el Hellouli Farid
54.10x3
Pardee 84 2.5 ml
Tmc 84 15.27
Doplatek 84 16
833.00

Dr. BENAZZOUE
CARDIOLOGUE
TUNIS N° 104
EL JADIDA



7, Rue de Tunis Plateau - El Jadida - زنقة تونس البلاطو - الجديدة

Tél. & Fax : 05 23 37 19 00 الهاتف والفاكس :