

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

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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 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.

ladie 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

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14672 Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : OUASSINI Abdalaï

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse :

Tél. : 06 96 64 78 73 Total des frais engagés : 0 dhf. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

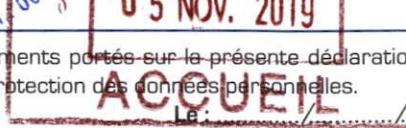
Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : hypertension artérielle

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie

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) :

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
31 OCT 2019		CG		Dr. HAJIB SIDI Cardiologue 06 10 02 57 87 INPE: 091187187

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient des travaux
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sara HAJIB YAQINI
SPECIALISTE EN PATHOLOGIE
CARDIO-VASCULAIRE

Diplômée d'Echocardiographie de l'Université Bordeaux Segalen
Diplômée en Echodoppler vasculaire de l'Université Hassan II de Casablanca
Ancien interne des Hôpitaux de Paris et du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Cardiologie Adulte et Pédiatrique – Hypertension Artérielle
Echographie Doppler Cardiaque – Echocardiographie de Stress
Doppler Vasculaire Artériel et Veineux
Holter ECG et Tensionnel – Epreuve D'effort

SARACA



Casablanca, le : 31/10/2019 الدار البيضاء، في :



- 79.90 x 5
1 - NATRIXAM 1.5/5mg
1-0-0 (5boites)
2 - KARDEGIC 75 mg
0-1-0
3 - D-CURE FORTE

1amp/moisx 3mois (4boites)

24.80 - NIBIOL FORT

1-0-1 X 7 JOURS (1boite)

LOT : 19E002
PER : 01/2021
KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

PHARMACIE ZAYD
Madinat Errahim 1/Bloc 6
N°17 - Dar El Mawazza
Tél: 05 22 88 88 09

PPV : 56,30 DH
LOT : 18110/B
EXP : 09/2020

PPV : 56,30 DH
LOT : 19A07/B
EXP : 01/2021

PPV : 24DH80
PER : 06-22
LOT : 11445

PPV : 56,30 DH
LOT : 19A07/B
EXP : 01/2021

د. سارة حبيب
Dr. HAJIB Sara
Spécialiste en Pathologie
Cardio-vasculaire
Adulte et Pédiatrique
Tél.: 0610 03 51 87/0522 01 00 60

III 5 mois