

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

- | | |
|------------------------------------|--|
| 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° 09-58 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS est une mutuelle sociale d'assurance. Elle n'est pas une compagnie d'assurance. Elle n'est pas une compagnie de retraite. Elle n'est pas une compagnie de prévoyance. Elle n'est pas une compagnie d'assurance-vie.



Déclaration de Maladie

N° W19-480491

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

391

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAÏG HE

ZOHRA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Optique

Autres

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 :

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 : / /

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-480491

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0015658

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 391 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : S.A.I.G.H.E ZOUREA Date de naissance : 4/3/1962

Adresse : 46, rue Jean JAURES CASA

Tél. 06.6.2.50.91.82 Total des frais engagés : الدكتور Dhs

Docteur Mostafa SKALLI

RADIOLOGIE

Cachet du médecin : 400, Bd. Ibrahim Riahi - Casablanca

Tél: C. 022 23.17.41 - Fax: 022 25.56.12

GSM: 061 13.22.53

Date de consultation : 09/10/2019

Nom et prénom du malade : Dr SAIGHE ZOUREA Age : 77

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 26 OCT. 2019

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
09.10 2015	C. tiss		300	à bas SK 10/10/2015 Postage 1000 FC 0-25.56.12 17.41 - F. 0-13.22.53

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/02/19	179.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mostafa Skalli

**Spécialiste des Maladies
du Coeur et des vaisseaux
ECHOGRAPHIE – DOPPLER
EPREUVES D'EFFORT – HOLTER**

**Ancien Enseignant
à la Faculté de Médecine
de CASABLANCA**

الدكتور مصطفى الصقلبي

أستاذ سابق بكلية الطب
والمعهد الصحي الجامعي ابن رشد
بالدار البيضاء

الدار البيضاء، في 09 OCT. 2019 Casablanca, le

1. SAIGON ZOTERA —

4940 Ⓛ Amefr = 20 Ⓛ dt

58,00 Ⓛ Bank

6 Ⓛ Assurance

72,00 Ⓛ Lebanon

179,00 Ⓛ docteur Mostafa SKALLI
الدكتور مصطفى الصقلي
400, Bd. Jaim bin Khader
Teli C. 022 23.17.41 Fax: 022 23.56.12
GSM: 061 13.22.53

Retour le même traitement
jusqu'au prochain rendez-vous

Scrive la même tâche
au prochain rendez-vous

400، شارع إبراهيم الرو丹ي (إقامة الرودانى) – الدار البيضاء – الهاتف : 05 22 23 17 41

400, Bd Brahim Roudani (Résidence Roudani) – Casablanca

E-mail : mostafaskalli@gmail.com - Tél. C : 05 22 23 17 41 - GSM : 06 6113 22 53 : المحموا

MME SAIGH ,ZOHRA

09/10/2019 11:09:22

ID:
DDN:04/03/1942
77 Ans ,160 Cm ,75 Kg
Femme ,Inconnu
Méd.:
Site:
Médecin traitant: DR MOSTAFA SKALLI
Notes: TA=130/80

FC: 73 BPM
Int PR: 176 ms
Durée QRS: 85 ms
QT/QTc: 355/381 ms
Axes P-R-T: 58 -10 64
RR Moy: 813 ms
QTcB: 393 ms
QTcF: 380 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

دكتور مصطفى الصقلي
Dr. Mostafa SKALLI
CARDIOLOGUE
400, Bd. Brahim Bourguiba, Casablanca, B.P. NCA
Télé: C. 022 23.17.41 - Fax: C. 022 23.56.12
GSM: 061 13.22.53

Signé par:

Date:

