

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 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° W19-509665

Couleur

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) 23871			
Matricule : 3432	Société : Z.A.N.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ALA ABDELHAD			
Date de naissance : 15-11-53			
Adresse : A. MASSA II. LOT HAROUCHI MARRAKECH			
Tél. : 0661535857 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Docteur CHERAI Mohamed CARDIOLOGUE 55, BD Zerkoune Marrakech Guéliz Tél. : 044 43 23 23 <i>MARS 2009</i> <i>ACCUEIL</i>	
Date de consultation :	26/12/2010
Nom et prénom du malade :	ALA ABDELHAD
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	A.I.
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 : **MARRAKECH** Signature de l'adhérent(e) : **Docteur CHERAI Mohamed**
55, BD Zerkoune Marrakech
Guéliz Tél. : 044 43 23 23

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-509665
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 : 3432	
Nom de l'adhérent(e) : ALA ABDELHAD	
Total des frais engagés : 1247,96	
Date de dépôt : 04/03/2010	

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
20/11/2022	CA 2 CCT		250,00	INP 071041032 Docteur CHERAI Mohamed CARDIOLOGUE Dakar S. BD Zerkouni - Marrakech Tél: +212 044 43 23 25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
072047893	20/01/20	1	997,96

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

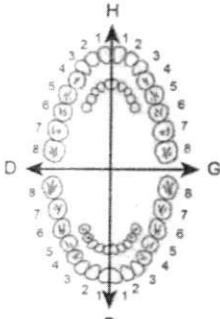
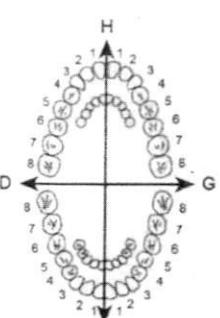
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'OND.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21423552 00000000		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
D 00000000 35533411	B 11433553			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

MXG00004

6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg O
Boite de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH

Servier Maroc - Casablanca

Consultations et d'explorations Cardiaques

الدكتور الشرعي محمد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

والتحريك الآلي للقلب

خريج كلية الطب بأميان (فرنسا)

طبيب ملحق سابقاً بمستشفيات أميان (فرنسا)

Dr. Cherai Mohamed

Cardiologue

Faculté

iens (France)

ion Cardiaque

CHU d'Amiens

Marrakech, le

294,00

20/12/2020

مراكش، في

Nouar Nakhla

294,82 x 3

294,00

a) Pièce tampon 10/10

113,50

b) My

997,96

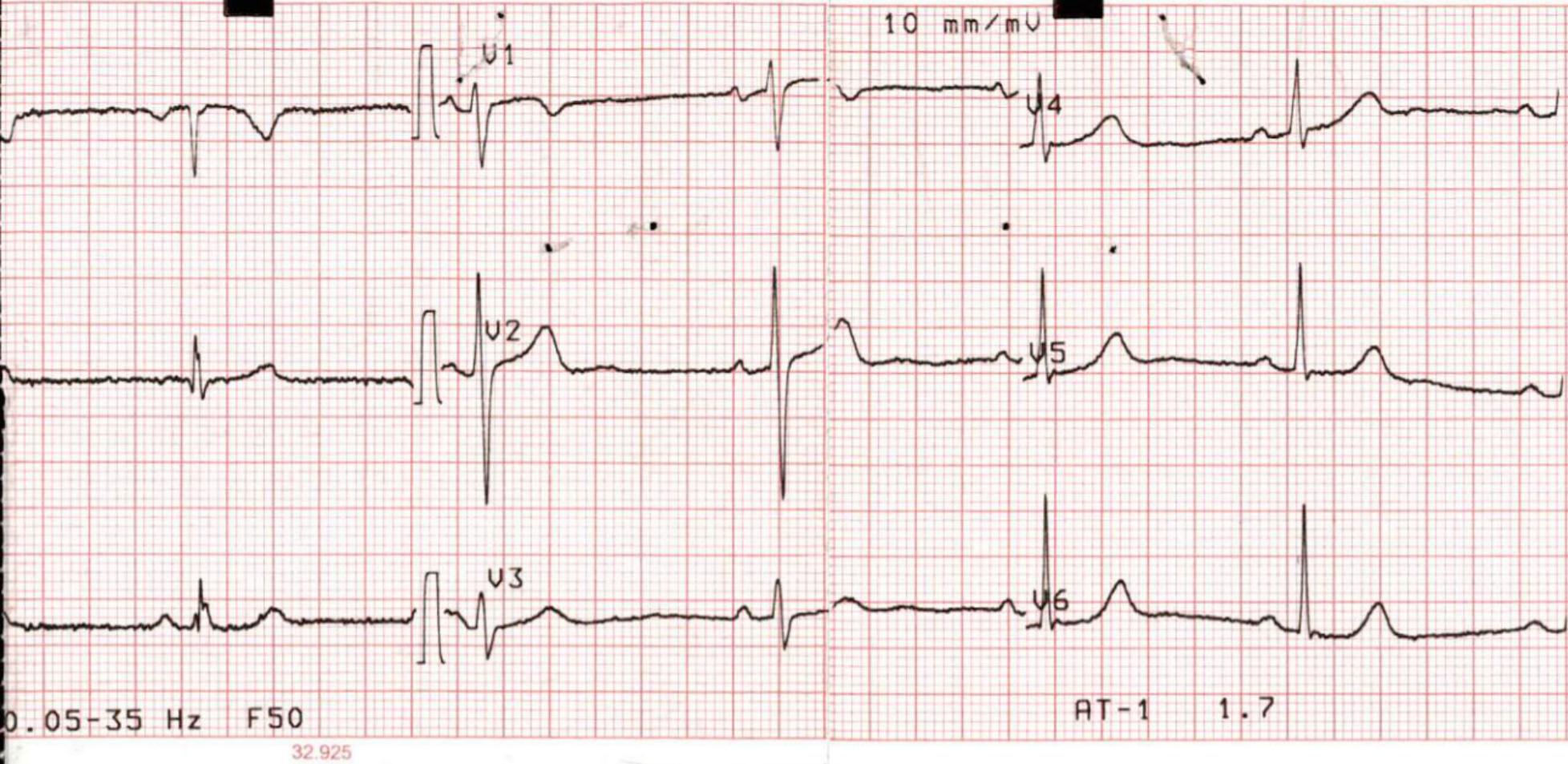
1/10

1/2/2020

Docteur CHERAI Mohamed
CARDIOLOGUE
55, BD Zerkouni - Marrakech
Guéliz, Entrée C : 05 24 43 23 25

2 Mai

55. شارع الزرقطوني مدخل س. الطبiqu الأول على اليسار (فوق تأمينات بلakahie) جليز - مراكش
55, Bd. Zerkouni, Entrée C. 1ère étage à Gauche (Au dessus des Assurances Belkahia) Guéliz - Marrakech
Tél. : (Cabinet) : 05 24 43 23 25 - GSM : 06 61 24 05 92



No pat.

No pat.:

Né:

Age:

Sexe:

Taille:

cm

Poids:

kg

TA:

mmHg

Méd:

122/82

109/20

Docteur CHERAI Mohamed
CARDIOLOGUE
55, BD Zerkouni - Marrakech
Guéliz, Tel: C : 044 43 23 25

AT-1 1.7

Nian Nabiha.

26/12/2020 FC: 52/min

HT = 151/92

FC: 52/min

10 mm/mV



25 mm/s