

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 canaux, 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 canaux.

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

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23871**

Matricule : **34321** Société : **2. A. M**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **AALA ABDELHAQ**

Date de naissance : **15-11-53**

Adresse : **A. MASSARA III. LOT HAROUCHI
MARAKECH**

Tél. : **0661535757** Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur CHERAI Mohamed
CARDIOLOGUE
55, BD Zerkouni - Marrakech
Guéla T. C : 044 43 23 25**

Date de consultation : **20 / 11 / 2020**

Nom et prénom du malade : **Nian / Nika** Age : **60**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **A**

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
CARDIOLOGUE
55, BD Zerkouni - Marrakech
Guéla T. C : 044 43 23 25**

VOLET ADHERENT

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 : **34321**

Nom de l'adhérent(e) : **AALA**

Total des frais engagés : **1247,96**

Date de dépôt : **04/03/2020**

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
20/11/2020	CA 2 ETC		250,00	INF 071041032 Docteur CHERAI Mohamed CARDIOLOGUE B.S. BD Zerkouti - Marrakech Tel: C: 044 43 23 25

[illegible][illegible]

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

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MYG80054

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

Consultations et d'explorations Cardiaques

Cardiologue

Faculté

Amiens (France)

Cardiologie

CHU d'Amiens

الدكتور الشرعي محمد

اختصاصي في أمراض القلب والشرابين

والتحريك الآلي للقلب

خريج كلية الطب بأميان (فرنسا)

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات أميان (فرنسا)

Marrakech, le 20/1/2020 مراكش،

294,00

Wout Nahke

294,82 x 3

294,00

1) Coveram 10/10

113,50

294,00

2)

My / monna

1/2/2

997,96

Docteur CHERAL Mohamed
CARDIOLOGUE
55, Bd Zerkouni - Marrakech
Guéliz, Tél : 05 24 43 23 25

2 Min

kom pat.

Nier palka.

No pat.:

22/1/2020

Né:

FL: 52/min

Age:

Sexe:

Taille:

Cm

$$11 \times 15 = 165$$

Poids:

kg

TA:

mmHg

Méd:

RR mmHg
I Oxy 20

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

AT-1 1.7

0.05-35 Hz F50

32.925

AT-1 1.7

FC: 52/min

10 mm/mV

aVR

I

II

aVL

III

aVF

25 mm/s

