

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

biologie 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

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

Nº P19- 067280

ND : 29827

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 890 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

chakir. Ned

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0639220468 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : SAHIB. Fatna

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-067280

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux	
					Montant des soins	
					Début d'exécution	
					Fin d'exécution	
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire				
		H				
	D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G		
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 820
Nom & Prénom CHAKIR MOHAMED		
Fonction RETRAITE	Phones 063 922 04 68	
Mail CASBLACA		

MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent	Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	

HTA q Vehic

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Chakir		3000

PHARMACIE		Date 19/06/2022
Montant de la facture		

47370

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date :
----------------------------	--	--------

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
----------------------	--	--	--	--------

Nombre	Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV	

CHAKIR
z.f.

Dr Saïd SOUJAMI
Professeur de Cardiologie
Ass. Prof. Dr. M. El Maâni - GABA

Dr. M. El Maâni
Ass. Prof. Dr. M. El Maâni - GABA

Docteur Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Echo Doppler Couleur - Holter

الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب
خريج كلية الطب بباريس
فحص القلب بالصدى والدو

Patient:

Mr. Saâd Soulami

679023

20670

Traitement de:
Trois (03) Mois

720-23

2160

Traitement de:
Trois (03) Mois

5700

Tawfiq

67370



DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

Tanganil® 500 mg
تابانيل® 500 ملغ

30 comprimés

VTE : MA - PPV : 51DH00

118001 183340

356, زقة محيطى المعاني (قرب زقة أشادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

SAHIB, FATNA
ID:

0yr
Unknown

Comment:

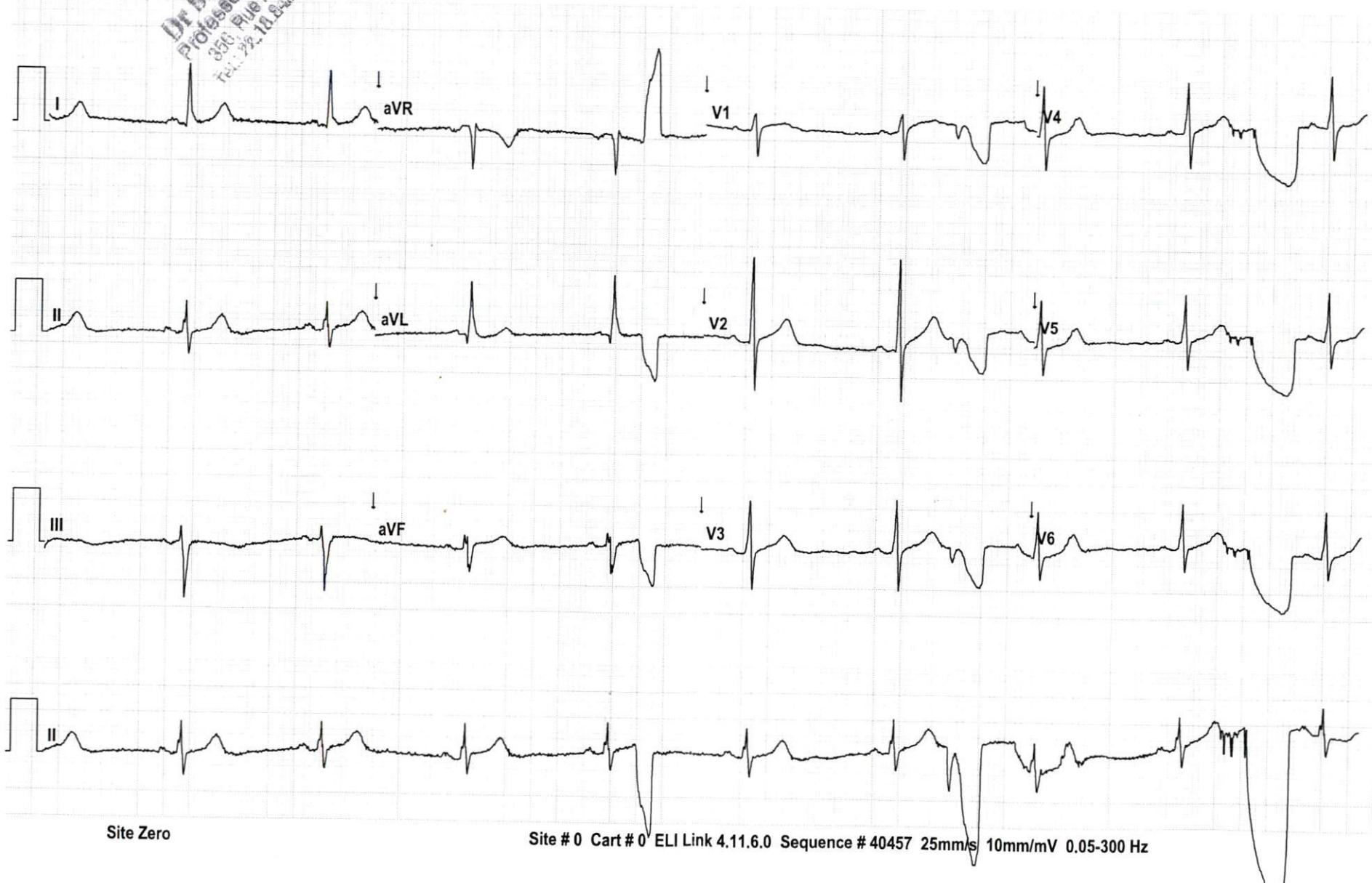
19-Jun-2020 08:04:52

Vent rate: 69 BPM
PR int: 149 ms
QRS dur: 101 ms
QT/QTc: 380 / 399 ms
P-R-T axes: 30 -17 22

RYTHME SINUSAL AVEC DE RARES COMPLEXES ECTOPIQUES PREMATURES
ECG NORMAL

Revu par _____

*Dr. Nihad SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356 Rue Mostafa El Maan
Tunis 1036 - CAS*



Site Zero

Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 40457 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz