

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 10

N° W19-535727

ND: 27841

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5997

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RIHANI MOHAMED

Date de naissance : 27-01-1963

Adresse : Résidence DR ESSA 24 N° 2 IMM 3

Tél. : 0707 33 27 04

Total des frais engagés :

619,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور رحاني المصطفى
Dr. EL MONDMIR EL KHATABI
CARDIOLOGUE
عيادة خاصة جلوز مراكش
127, Imm Gidel, Av. Mohammed V/Gueliz - Marrakech
Tél: 05 24 43 33 30/Tel/Fax: 05 24 43 12 78

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M. RIHANI TOhamed

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HIA

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) :

Le : 09-04-2020

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-535727

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 : 5997

Nom de l'adhérent(e) : RIHANI

619,10

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
09.04.2022 CX			250	 DR. EL MONDHÉR EL MATABI CARDIOLOGUE 127 1278

EXECUTION DES ORDINANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tel: 03 Montant de la Facture
AN LAU Dar Essalam Tarrakeur - Tel: 0524011751 ICE: 002304230000038 INPE: 072086580	29/4/20	369,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, 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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>H 26633412 21433552 D 00000000 00000000 35533411 11433553</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

UT. AV :

0 2 2 1

P.P.V

LOT N°:

1 2 5 4 7 3 9

2 3

1 0

2310

Laroxyl® 40 mg/ml

Amitriptyline

Gouttes buvables 20 ml



6 118001 040407

ALGIXENE® 250

30 Gélules



6 118000 230069

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg

Phosphate de codeine 20 mg

16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217

Lysanxia® 10 mg

40 comprimés



6 118000 250289

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg

Phosphate de codeine 20 mg

16 COMPRIMES SECABLES

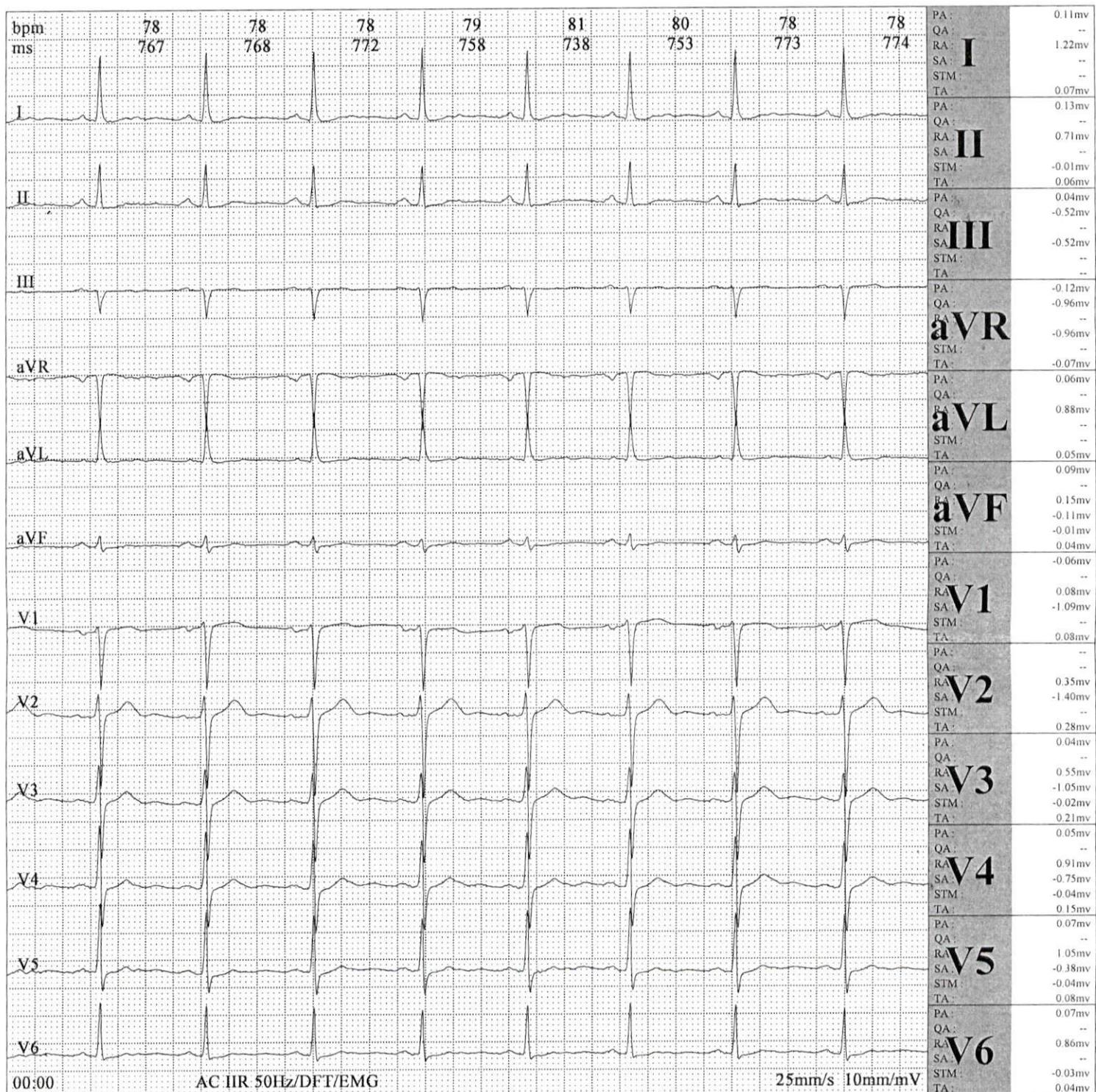


6 118000 040217

Docteur EL KHATABI EL MONDHIR

ECG

Nom : RIHANI	Sex :	Age :	Clinique N :	Section :
SN : 0000418	Case No. :	Lit No. :	Date :	09/04/2020 12:7:53



Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	149 ms	Prompt:
Temps d'écha	11s	QT Interval:	426 ms	
FC:	78bpm	QTc Interval:	484 ms	
P Interval:	102ms	P Axis:	50.30°Cb	
QRS Interval:	90 ms	QRS Axis:	1.20°Cb	
T Interval:	300 ms	T Axis:	46.90°Cb	

Signature Medecin :