

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 | : 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-542995

37101

Mme conjoint 2009.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : **2048**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MR BENCHERIF SIDI SAID

Date de naissance :

01-02-1952 (68 ans)

Adresse :

Tél. **06 61 45 37 62**

Total des frais engagés :

300.00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. A. EL KIFANI
CARDIOLOGUE
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tél: 0622.98.72.37 / 0661.18.75.82
ICE: 001748483000083**

Date de consultation :

28/07/2020

Nom et prénom du malade :

BENCHERIF SIDI SAID Age : **68 ans**

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 **Casablanca**

Le : **28/07/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **BENCHERIF SIDI SAID**

18 AOUT 2020

MUPRAS

ACCUEIL

28/07/2020

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
28/07/2020	+ CS ECG	300.00	INP : 091056705	Dr. A. EL KIFAI CARDIOLOGUE 62 RUE SOUMAYA - Casab

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

Nom: BENCHERIF SIDI SAID
Date de naissance: 01/02/1952
Sexe: Masculin
Poids: -
Taille: -

Identifiant: BENCHERIF
Médecin: cardio DR ELKIFANI AHMED
Raison sociale:
Téléphone: 0522987237
Temps d'enregistrement: 28/07/2020 11:26:22

1/1

25 mm/s
10 mm/mV

/ : Arrêt \ : Marche V : Marche

HR: 62 bpm

0 sec. - 8 sec.



rythme sinusale
ECG - Normal

Dr. A. EL KIFANI
CARDIOLOGUE
82 Rue Soumaya - Casablanca
Tél: 0522 38.72.37 - 0661.48.73.62
ICE: 001748483000083

PA = 246 mhp
85