

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-507715

(51475)

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1307	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KOUACHE MOKHTAR
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 67 34 19 83 Total des frais engagés : 1566,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
DI. Rachid EL HACHMI CARDIOLOGUE 222 Bd. Brahim Roudani Tél: 05 22 99 18 78 - CASABLANCA			
Cachet du médecin :	Age:		
Date de consultation :	09/12/2020		
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même Conjoint <input type="checkbox"/> 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 un 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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/12/2020

Janf

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
07/02/2020	cachet	1	300,00	INP : 99999999999999999999999999999999

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

Docteur Rachid El HACHMI

الدكتور رشيد الهاشمي

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rennes - France
Echodoppler Cardiaque couleur
Holter E.C.G. et Tensionnel. Epreuve d'effort
Membre de la société française de cardiologie
Rythmologue-Posse de Pace Maker
Ex. Cardiologue des Hôpitaux de France

إخصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب ببرين - فرنسا
فحص القلب بالصدى والدوبيلر بالألوان
عملية زرع ناظمة قلبية
طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 5/12/20

RENT ME MASKHTAR

200.00 26

ARTERSON

LOT N°:
EXP:
PPV:

211,00

\$1266.00

LOT N : 211600
EXP :
PPV :

LOT N°:
EXP:
PPU

210

LOT N°:
EXP:
PPN:

18

LOT N°:
EXP:
PPV:

Dr. Rachid EL H.
CARDIOLOGUE
Roumeliotiki

~~CARDIO~~
222, Bd. Braham Roudam
CAL 05 02 00 18/R. - CASARI ANC.

06.61.16.00.08 / 06.67.21.22.68 : المسند - 02

222 Bd. Brahim Boudjedra 1^{er} Etage N°2 - Maârif

222. شارع إبراهيم الروذاني - الطابق الأول - المغاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.99.18.78 - Casablanca - Tél. : 06 61.16.00.08 / 06 67.21.22.68 E-mail : ra_hachmi1@yahoo.fr

