

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 canalaire, 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 canalaire.

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

53148
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° W19-551273

53148

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)							
Matricule : 06930				Société : RATP			
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)				<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : BAJSA HASSAN							
Date de naissance : 07/10/16/6							
Adresse : hab. tille							
Tél. 0666199817				Total des frais engagés : 280 Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Dr. SRAIRI Abdeslam
- CARDIOLOGUE -
4, Rue Abdelkader Mouftar
Ex. Clamart 1, Casablanca

Date de consultation : **09 OCT 2020**

Nom et prénom du malade : **MOUINSIF**

Fatima Age : **57**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Bruxisme**

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 : **Clamart**

Signature de l'adhérent(e) : **Le : 03/10/2020**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-551273

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 : **06930**

Nom de l'adhérent(e) : **BAJSA**

Total des frais engagés : **280 Dhs**

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
03 01 2020 ce EY			250	PI. SRAIRI Abdeslam INP : CARDIOLOGUE 091131367 Dr. SRAIRI Abdeslam - CARDIOLOGUE -

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

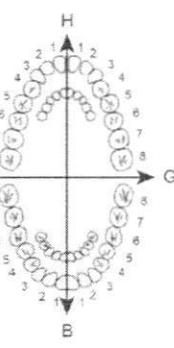
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : []
				Coefficient des travaux []
				Montants des soins []
				Début d'exécution []
				Fin d'exécution []
				Coefficient des travaux []
				Montants des soins []
				Date du devis []
				Date de l'exécution []
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  $\begin{array}{c c} 25533412 & 21433562 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array}$ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

كتور عبد السلام السرايري

Docteur Abdesselam SRAIRI

Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Ancien Professeur à la Faculté
de Médecine
Ancien Chef de Service
de Cardiologie de l'Hôpital Averroës

ECHO-HOLTER-ECG EFFORT

4, Rue Abdelkader Mourtaker
(ex. Clémenceau) Casablanca 20.080
Tél. : 05.22.27.38.59/05.22.22.01.12

أمراض القلب والشرايين
أستاذ مقرر بكلية الطب سابقا
رئيس قسم أمراض القلب
بمستشفى ابن رشد سابقا

4، رنقة عبد القادر منتظر
كليمونسو سابقا) الدار البيضاء 20.080
05.22.27.38.59/05.22.22.01.12

ELECTROCARDIOGRAMME

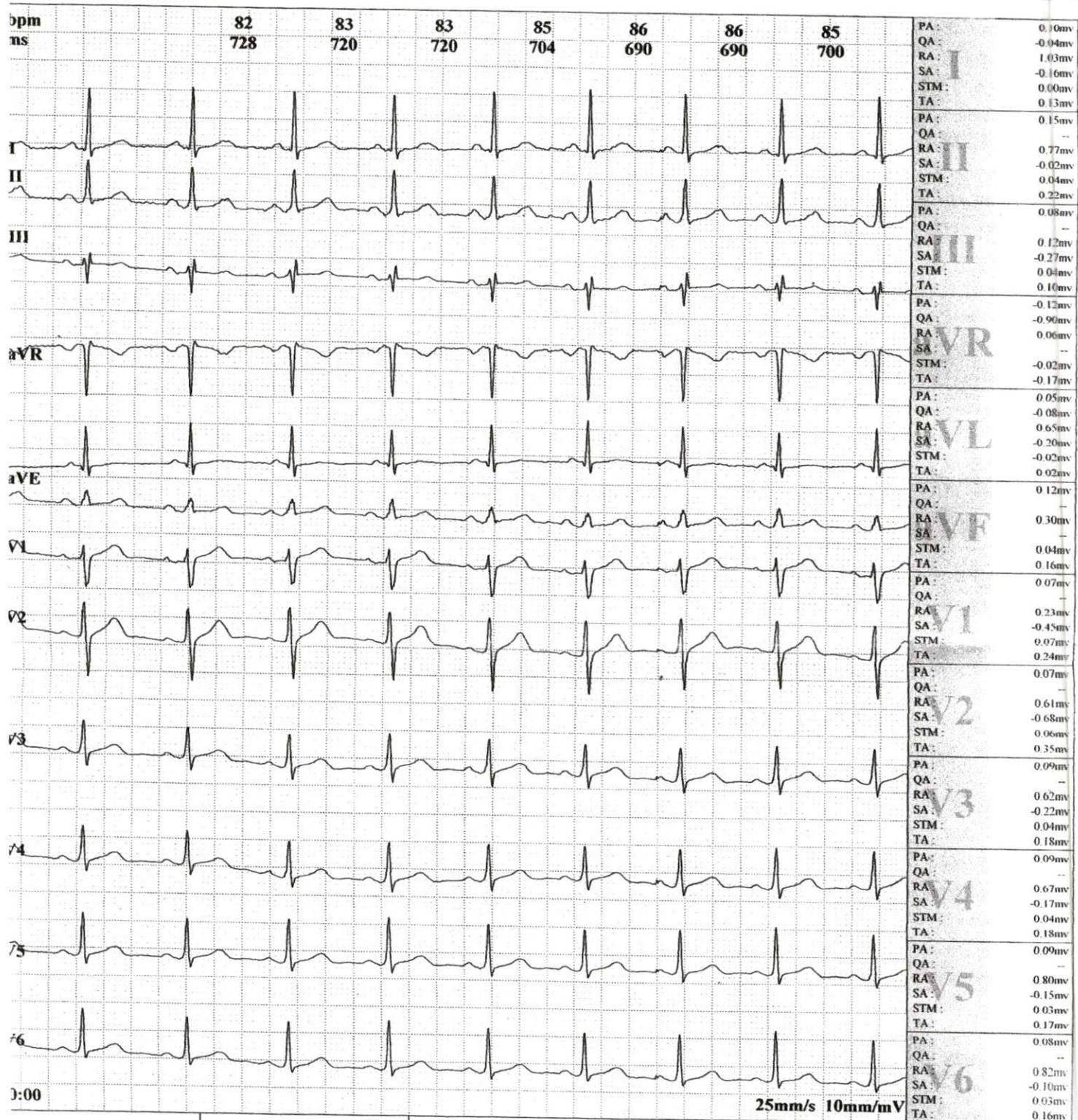


Nom : MOHNSIF Fatima

Date : 09 Oct 2020

ECG

Name: MOUNSIF.Fatim Sex: Female Age: 53 Clinic No.: Section:
 SN: 0015811 Case No.: Bed No.: Date: 10/09/2020



Frequency:	1000 Hz	PR Interval:	156 ms	Prompt:
Amp Time:	13 s	QT Interval:	354 ms	Total Beats 16 ,Normal Beats 16,SVE 0 ,VE 0 .
R:	87 bpm	QTc Interval:	421 ms	87/ 13/8 16/8 90K
Interval:	88 ms	P Axis:	56.09@b	EKG
RS Interval:	76 ms	QRS Axis:	36.71@b	
Interval:	220 ms	T Axis:	55.74@b	

Dr. SRAIRI Abdesslam
Cardiologue
Meknès - Maroc

Physician Signature: