

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

N° P19- 0042948

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: EL HANI 2372 Société: RAM
 Actif Pensionné(e) Autre:
Nom & Prénom: EL HANI Fatima
Date de naissance: 1-7-1951
Adresse: 128, Hay Alwadi Brejja Temen 9
Tél: 0681945927 Total des frais engagés: 43.06,10 Dhs

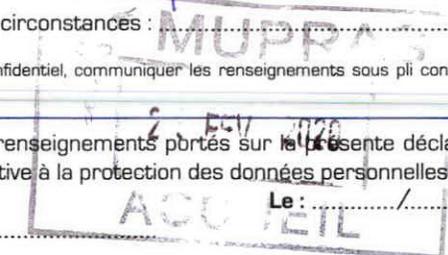
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

Date de consultation: 10/02/2020
Nom et prénom du malade: EL HANI FATIMA Age: 69 ans
Lien de parenté: Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie: HTA + Arythmie
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: Temera Le: 10/02/2020
Signature de l'adhérent(e):



RELEVÉ 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
10/02/2020	ES		30000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/02/2020	4006,10.

INPE
102019890

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MXGS0054



6 118001 130023

HYPERIUM 1 mg - O
Boite de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS0054



6 118091 130023

HYPERIUM 1 mg
Boite de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS0054



6 118001 130023

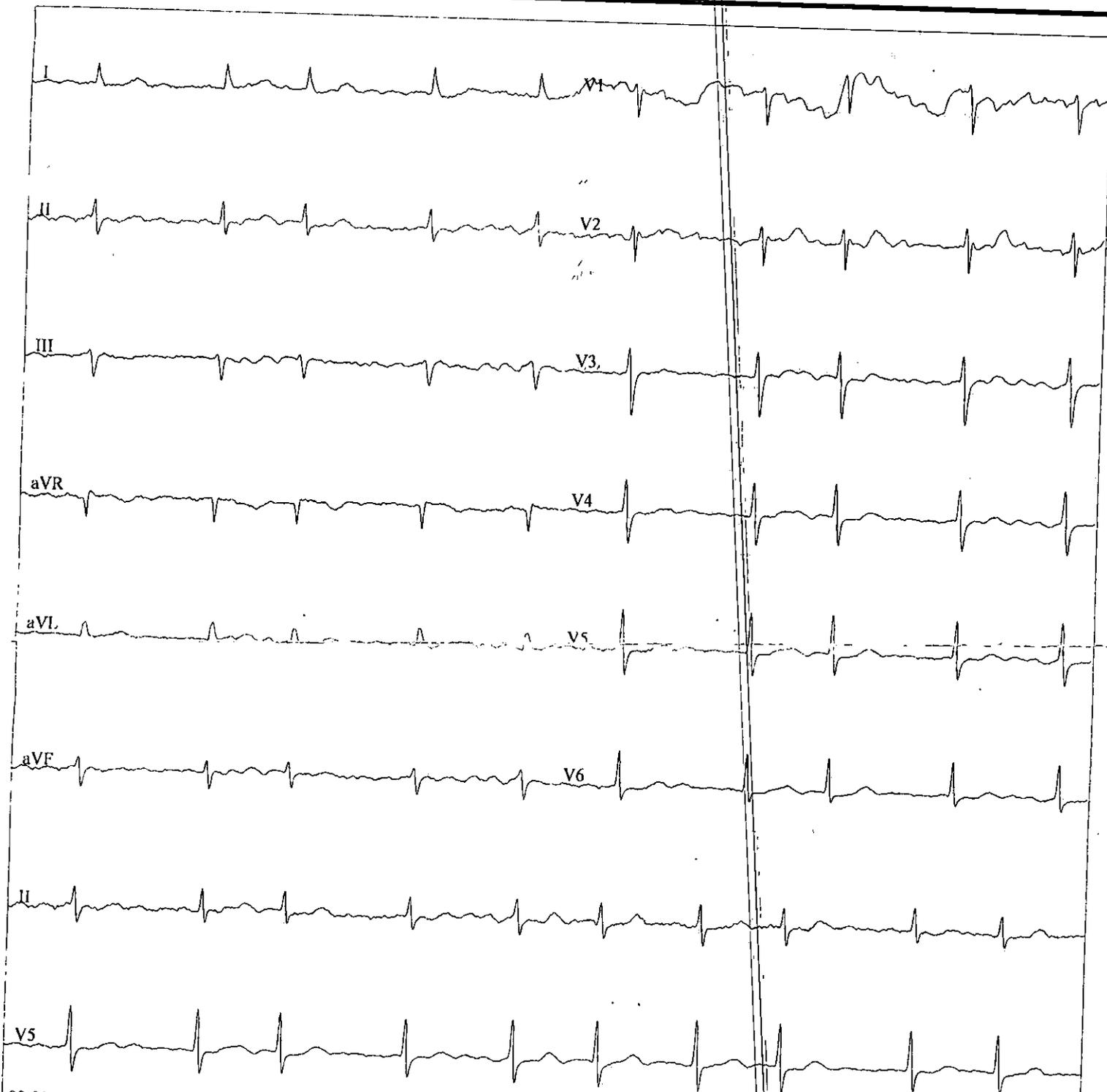
HYPERIUM 1 mg - O
Boite de 30 comprimés
PPV : 113,50 DH
Servier Maroc - Casablanca

Dr CHAMI Loubna

ECG

Nom : EL HANI FATIMA : Female Age :
SN : 0007107 Case No. : Lit No. :

Clinique N : Section :
Date : 10/02/2020 12:24:3



00:01 AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--
Temps d'écha	64s	QT Interval:	391 ms
FC:	81bpm	QTc Interval:	454 ms
P Interval:	--	P Axis:	--
QRS Interval:	91 ms	QRS Axis:	-22.50°
T Interval:	193 ms	T Axis:	11.50°

Prompt:

Signature Medecin :

Dr. Loubna CHAMI

Ep. Alaoui

Médecin spécialiste en maladies cardiovasculaires

Cardiologie pédiatrique

Ancien médecin attachée au CHU Ibn Sina, Rabat

Echodoppler cardiaque, Holter ECG,

Holter tensionnel, Epreuve d'effort



الدكتورة لبنى شامي
د. علوي

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
(للكبار والأطفال)

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا، الرباط

كشف بالصدى، تخطيط القلب 24 ساعة،

قياس الضغط 24 ساعة، فحص المجهود.

ELECTROCARDIOGRAMME

- ECG -

Nom : SHANI, FATIMA

Date : 10.2.2020

إقامة ياسمين، عمارة C، رقم 48 الطابق الاول، شارع الحسن الثاني، تمارة المركز (قرب البنك العقاري السياحي)

Résidence Yasmia, Imm C, 1er étage Appt 48, Av Hassan II, TEMARA CENTRE - INPE : 101167724 - IF : 14453885

ICE : 001775143000003 - Tél : 0537 61 36 36 - E-mail : loubnachami@yahoo.fr