

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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° W21-602210

56756

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 01204

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DAMEYR NOUREDDINE

Date de naissance :

18-07-49

Adresse :

0661 664 885

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin : CARDIOLOGUE

63 Avenue du 1er Mai
Téléphone : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71
Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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.

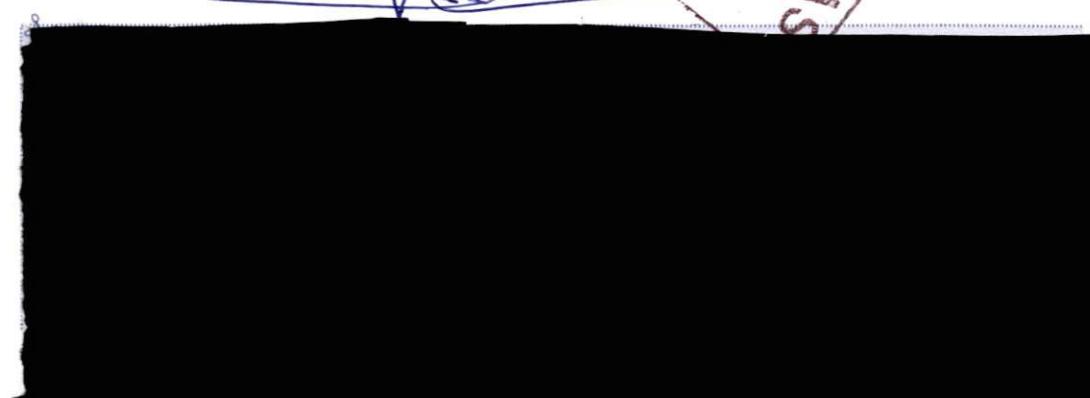
Fait à : CASABLANCA

Le : 25/07/21

Signature de l'adhérent(e) :

Habib

DRS
HABIB



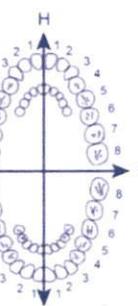
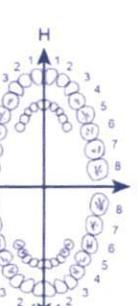
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Nombre et Coefficent	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes		
tes des Actes	Natures des Actes			INP : 08172186

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		0522294171 Washington, Cobblehenge 10522294171

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Choratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
B		00000000	11433553													
G		35533411														
[Création, remont, adjonction]																
Fonctionnel, Therapeutique, 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"/>														

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES
Dr BENCHEROUN Chadia
Cardiologue

NOM : DAHEUR
PRENOM : NOUREDINE
AGE : 71 ANS
DATE : 21/01/2021

COMPTE-RENDU D'ELECTROCARDIOGRAMME

- Rythme cardiaque sinusal à 65 B/mn.
- Espace PR normal.
- Axe de QRS à - 12 degrés.
- Ondes T légèrement négatives en DIII.
- Pas d'hypertrophie ventriculaire gauche.
- Pas d'extrasystole.

CONCLUSION : - TRACE DANS LES NORMES.

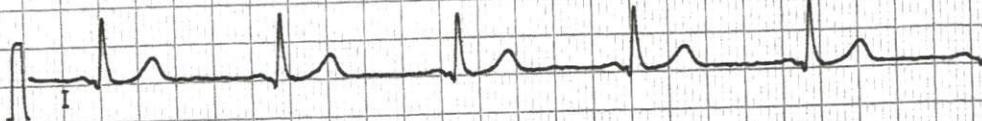
الدكتور بنشرون
Dr. Chadia BENCHEROUN
C.A.R.D.I.O.L.O.G.I.E
63 Bd d'Antibes, Angle Rue Washington, Casablanca
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

M / F
Age:
.... cm / kg

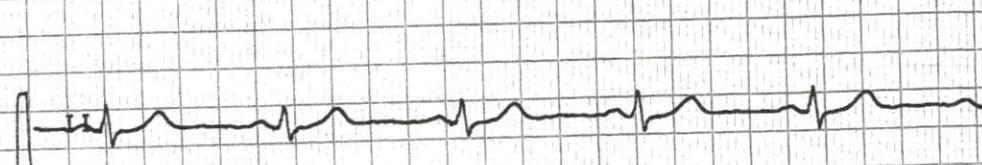
Intervalle: QRS -12 °
RR 930 ms T 17 ms
P 118 ms P (II) 0.08 mV
PR 146 ms S (V1) -0.69 mV
QRS 94 ms R (V5) 1.10 mV
QT 398 ms Sokol. 1.85 mV
QTC 415 ms

10 mm/mV

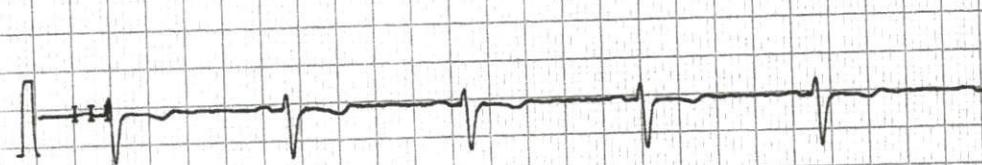
10 mm/mV



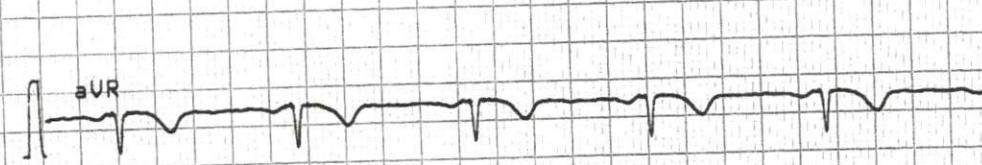
U1



U2



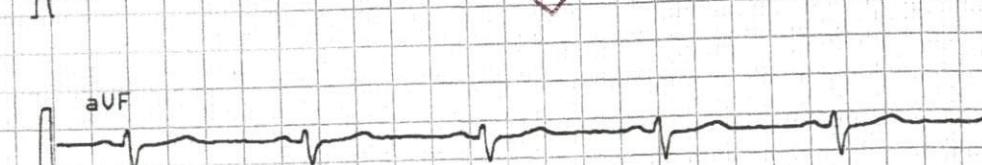
U3



U4



U5



U6

25 mm/s

0.05-35Hz F50 SSF SBS Je 21-JAN-21 16:26:09

DR BENCHEQROUN Chadia

AT-102 1.37 Mm