

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° W19-597492

65801

CA

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6874

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OVRH ZAL AHMED

Date de naissance : 06/10/65

Adresse : 382 ET SIHAM RUE 5 APP 7

CALIFONIE CASA

Tél. : 06 73 71 27 38

Total des frais engagés :

250

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور شاهي عبد الغفار
أمراض القلب والشرايين
Dr. CHAHI Abdellghani
Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2
Mars Andalous 3, Rue 14 N°1 - 1^{er} Etg.
Casablanca Tel. : 05 22 52 05 05

Date de consultation : 11 MARS 2021

Nom et prénom du malade : OVRH ZAL Ahmed

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Céphaléï

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 : C.M.A.

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/04/21

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-597492

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).

ACCUEIL
11/04/21
6874
OVRH ZAL
250 Dhs
Date de dépôt : 02/04/21

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11 MARS 2022	220		75000 102	INP 09/03/2022 الدكتور شاهي عبد الغطى أمراض القلب والشرايين DR. CHAHI Abdalghani Maladies du Coeur et des Vaisseaux

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

— VOLET ADHERENT

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

Dr CHAHI Abdelghani

Nom : ourhzal ahmed SN : 0018389

Sex : Male

Case No. :

Age : 56Y

Lit No. :

Clinique N :

Date : 11/03/2021

Section :

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	145 ms
Temps d'écha	11s	QT Interval:	395 ms
FC:	62bpm	QTc Interval:	401 ms
P Interval:	113ms	P Axis:	45.50°Cb
QRS Interval:	110 ms	QRS Axis:	-28.60°Cb
T Interval:	220 ms	T Axis:	57.10°Cb

Prompt:

الدكتور شاهي عبد الغاني
أمراض القلب والشرايين
Dr. CHAHI Abd. elghani
Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1^{er} Et.
Casablanca - Tel.: 05 22 52 05 05

Signature Medecin :

