

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-608668

69114

Couey

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12933

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

CHIKI

ANASS

Date de naissance :

1958

Adresse :

2686

Tél. :

Total des frais engagés :

250DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

ROCCAN CLINIC INSTITUTE
Centre réservé au Médecin
Impasse MODIBOKO
Tél 0522 85 00 11 / 12
Fax 0522 85 00 00

Cachet du Médecin

DR KHAY Khadija
MUPRAS
ACCUEIL
A. MARIZA

Date de consultation : 10/03/2021

Nom et prénom du malade : CHIKI ANASS

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Palpitations

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'att Médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 28/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-608668

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
10/03/2007	CS + E(6)	250 Dh		INP : 1080061158 Dr KHAY Khadija Cardiologue
MOROCCAN HEART INSTITUTE 80 Impasse MOJIBO KEITA Tél 05 22 85 00 11 12 Fax 05 22 83 85 00				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



المعهد المغربي لـ مراضا وجرأحة القلب
Moroccan Heart Institute

780, Impasse MODIBO KEITA - Casablanca 20520

Tél.: 05 22 85 00 11 / 12 / 13 - Fax : 05 22 83 85 00

ICE : 00185909000033 - Patente : 34753457 - I.F : 14421718 - CNSS : 9697866

10/03/2021

Mr CHIKI Anak

- Calcification 1cp 1/ molin
- Duxoel 1cp = 3L
- Magne ph 1cp 1/ le soin

Dr. KHAY Khadija
Cardiologue

MOROCCAN HEART INSTITUTE
780 Impasse MODIBO KEITA
Tél 05 22 85 00 11 / 12
Fax 05 22 83 85 00



ID:chiki
Name:anass

Sex:Male Birth Date:

10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 & 100 Hz

MOROCCAN HEART INSTITUTE
780 Impasse MODIBO KEITA
Tél 05 22 85 00 11 / 12
Fax 05 22 83 85 00

Years

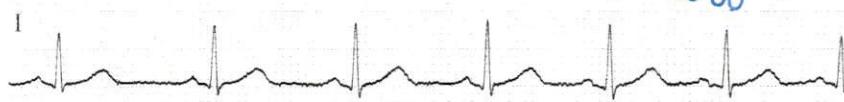
Medication:

cm kg

Fax 05 22 83 85 00
Tel 05 22 86 00 11 / 12
780 Impasse MODIBO KEITA
MOROCCAN HEART INSTITUTE

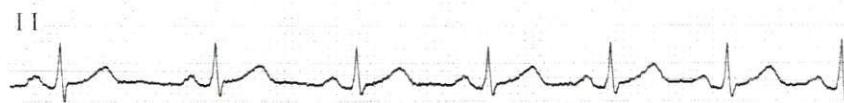
Mar-11-2021 0:39 AM

75 bpm

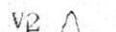


10 mm/mV

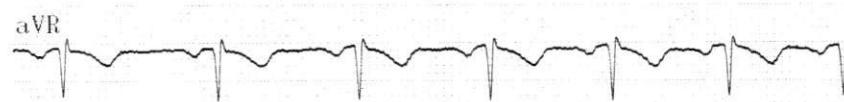
V1



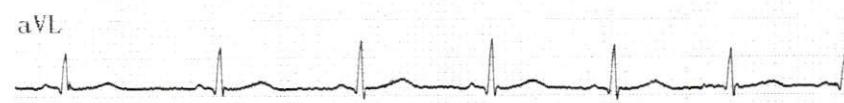
V2



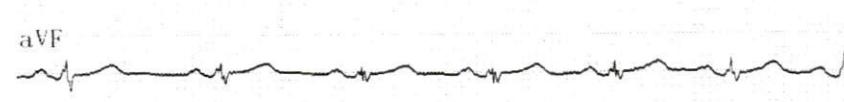
V3



V4



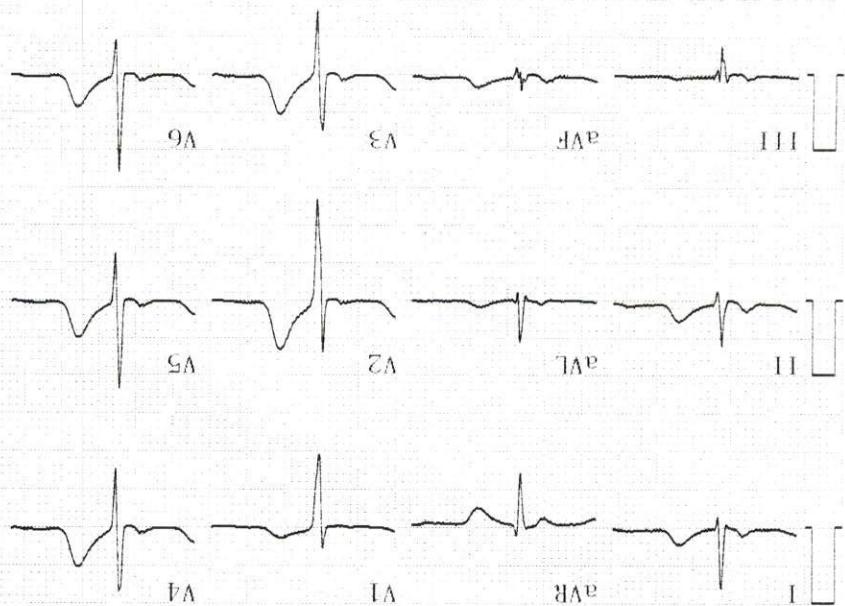
V5



V6



Report filled by:
Unconfirmed



10 mm/mV 25 mm/s Average

MOROCCAN HEART INSTITUTE
 780 Impasse MODIBO KEITA
 Tél 05 22 85 00 11 / 12
 Fax 05 22 83 85 00

ID: chiki Name: anas Sex: Male Birth Date: Years: cm kg mths

Vent rate 80 bpm PR int 140 ms QRS dur 84 ms QT/QTc int 362/398 ms P/QRS/T axis 38/ 16/ 40 mV RV5/S1 amp 1.190/ 0.955 mV RSV1 amp 2.145 mV HV5+SV1 amp 2.145 mV

1100 Sinus rhythm
 1102 Sinus arrhythmia
 9110 ** normal ECG **

TAo AL3/93