

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



Declaration de Maladie

N° W21-608668

☒ 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 : 1988

Adresse :

Tél. : 2686 Total des frais engagés : 250DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin
Impasse MODIBOUKEITA
Tél 05 22 85 00 11 / 12
Fax 05 22 83 85 00

Date de consultation : 10/03/2021

Nom et prénom du malade : CHIKI ANASS

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 16pitation

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 : Casa Le : 28/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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 :

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
10/03/2021	CS + ECG		270.00	INP : 0800614158 Dr. KHAY Khadija Cardiologue

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

[illegible][illegible]

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

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

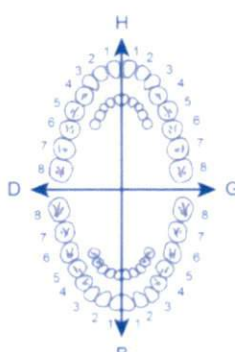
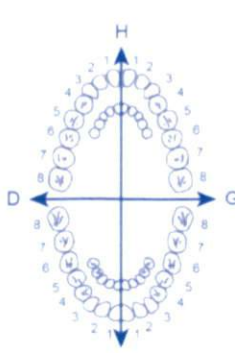
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 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			
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction)			MONTANTS DES SOINS
	Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

10

10

Page 10

Page 10 of 10

10

10

10

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

10/03/2021

dr CHIKI Anas

- Calcibronat 1cp/j matin
- Duoxal 1cp x 3j
- Mafic plus 1cp/j le soir

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

Dr. KHAY Khadija
Cardiologue



ID:chiki

Name:anass

Sex:Male

Birth Date:

Years

Medication:

cm

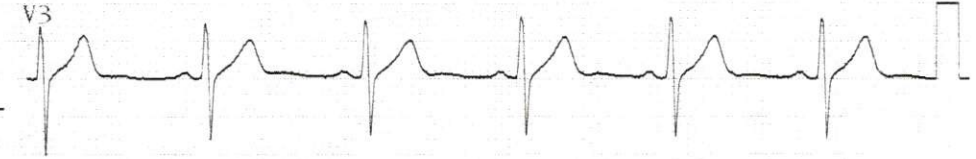
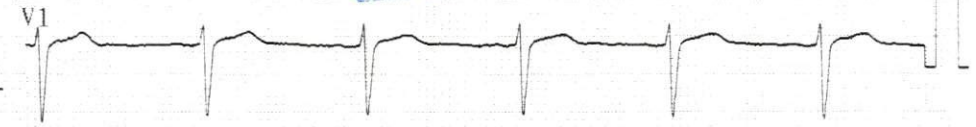
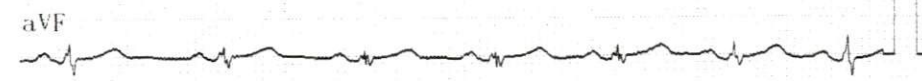
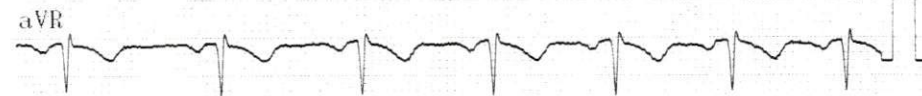
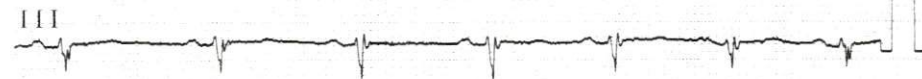
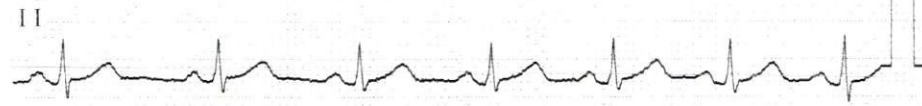
kg

Mar-11-2021 0:39 AM

75 bpm

10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50

10 mm/mV



ID: chiki

Name: anass

Sex: Male

Birth Date:

kg

mmHg

80

Vent rate

140

PR int

84

QRS dur

362/398

P/QRS/T axis

38/16/40

RV5/SV1 amp

1.190/0.955

RV5+SV1 amp

2.145

1100 Sinus rhythm

1102 Sinus arrhythmia

9110 ** normal ECG **

MOROCCAN HEART INSTITUTE

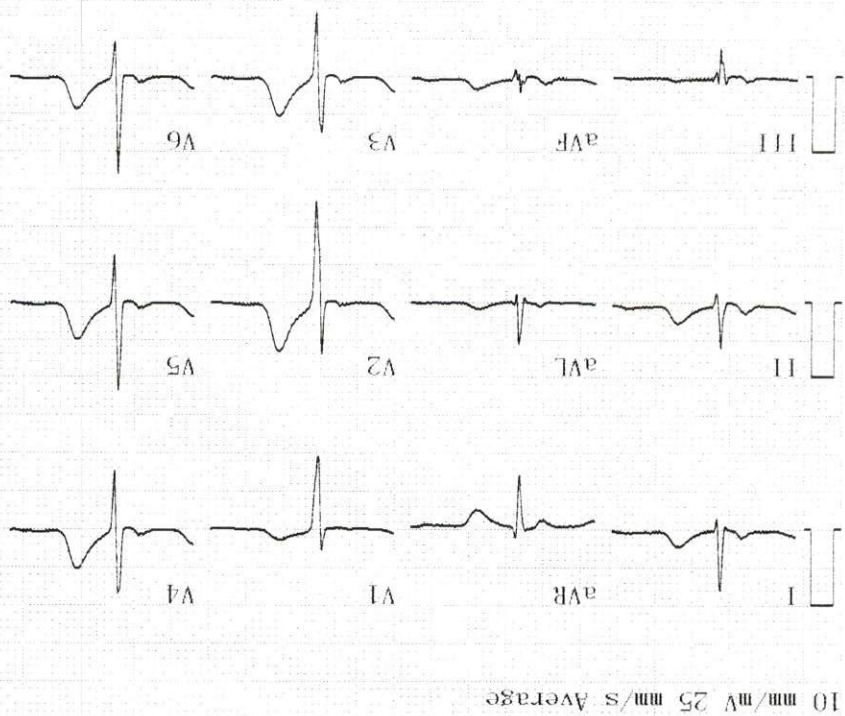
780 Impasse MODIBO KEITA

Tél 05 22 85 00 11 / 12

Fax 05 22 83 85 00

Tto 113/97

Years



Unconfirmed Report
Reviewed by:

Exam: