

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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° 09-18 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Autorisation CNP N° : A-215/2021



Déclaration de Maladie

N° W21-623709

70785

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule 2770		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Khalid HASSAN
Nom & Prénom :			
Date de naissance 01/04/1956			
Adresse : Lot 5000m2 n° 1345 MARRAKECH			
Tél. 06 66 78 15 20		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. Khalid BAJI Cardiologue 183 Av. Monarque, Gueliz Marrakech - Tel. 05 24 43 88 18			
Date de consultation 08 AVR. 2021			
Nom et prénom du malade : AIT MAHMOUD NI HA Age: 56			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : PILES			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

M A U E U I L
Le : 11/05/2021



RETOUR 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
18 AVR. 2021	5 + 200	1	300 + 00	IP : 07101734 أبا حي خالد Dr. Khalid Cardiologist 183 Av. Monastir

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Jasmin N° 1139 SOCOMA - M. Tél : 05 24 11 00 00	08/04/21	100,-

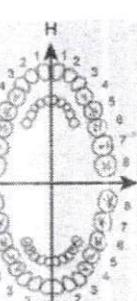
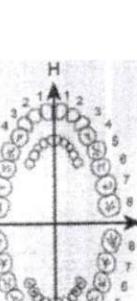
pharmacie Jasmin
N° 1139 SOCOMA - Marrakech
Tél : 05 24 48 41 00

INPE : 072025355

ANALYSES - RADIGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 de l'O.D.F.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
D.O.F. PROTHÈSES DENTAIRES 																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">26833412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	26833412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	26833412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
[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'exécution <input type="text"/>																

100A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BAJI Khalid

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

ICE : 0016701980051

الدكتور الباجي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب ببنيس بفرنسا

IP : 071017347

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

Marrakech, le 08 AVR. 2021 مراكش، في

M. ATT MAH SOUR M.F.H.A

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

20,00
ستين رون 400

6

100. → 3/4 4 1/2 → Trois Pièces

RPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

20,00

PPV :
Exp :
N° Lot :

Pharmacie Jasmin
N°1139 SOCOMA - Marrakech
Tél : 05 24 49 41 62

الدكتور الباجي خالد
Dr. Khalid BAJI
Cardiologue
183 Av. Mohamed V, Guéliz
Marrakech - Tel. 05 24 43 88 18

183, Av. Mohamed V - Guéliz - Marrakech 183 شارع محمد الخامس جلiz مراكش

Tél. : 05 24 43 88 18 الهاتف :

AIT MANSOUR

MINA

33616/20

01.05.1964 Féminin

56 ans

.... cm / 68 kg

128/78 mmHg

FC 67/min

Intervalles

RR 890 ms

P 82 ms

PR 114 ms

QRS 86 ms

QT 418 ms

QTC 445 ms

(Bazett)

Axes :

P -44 °

QRS 1 °

T -13 °

P (II) -0.06 mV

S (V1) -0.08 mV

R (V5) 0.63 mV

Sokol. 1.24 mV

