

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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 caractére 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° P19- 0041584

Optique *J2174* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2948*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : *RETIREE*

Nom & Prénom : *CEMZAOUI MEHAMED*

Date de naissance : *1946*

Adresse : *SIDI AYDI BP 3032 TAH FARATH LA POSTE (SETTAT)*

Tél. : *06 27 15 30 70* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Thorax de conscience à l'émission*

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :



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
26/02/2015 + ECG			350 DH	Hôpital Universitaire de Laâyoune Dr. LAARIF AZIZA ERGIOLOGIE

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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:

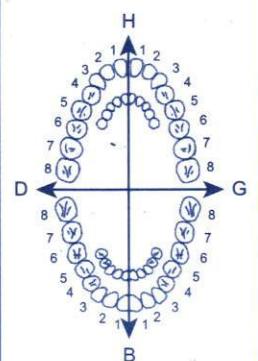
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Nº 26 231 / 2020 du 24/02/2020

Nom patient : LEMZAOUI WIAM

Entrée 24/02/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 24/02/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation avec électrocardiogramme	1,00		350,00 Sous-Total	350,00 350,00
Total Frais Clinique				350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	350,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						350,00

Hôpital Universitaire International
Consultation Cardiologie

Id : _____

Wiam, Lemzaoui

Indéfini --- (---) Indéfini

Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd. :

Technicien :

Commentaires :

24/02/2020 12:03:19

FC: 73 bpm

PR: 146 ms

QRS: 98 ms

QT/QTcH: 388/411 ms

QTcB: 428 ms

QTcF: 414 ms

R_{v5-e}/S_{v1} : 1.29/0.27 mV

Sok-Lyon : 1.57 mV

Axe: -24/101/35 °

Rythme auriculaire ectopique possible

--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---

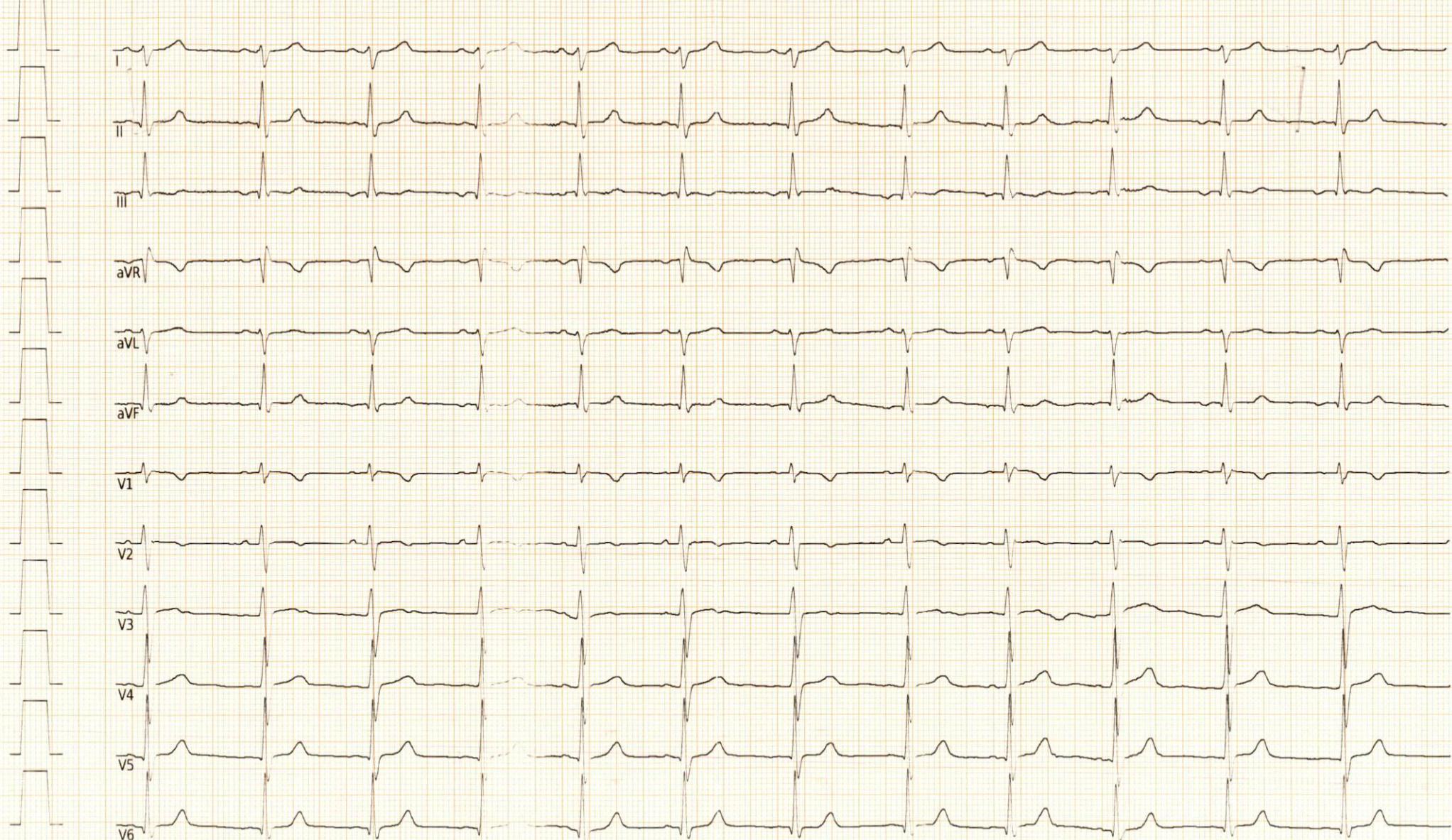
Axe vers la droite

Anomalie onde T septale n'est pas spécifique

ECG limite

TA M8/65

RAPPORT NON CONFIRMÉ



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:40Hz AC:50Hz Cardioline ECG 005 v.2.11.7693

Centre
Monétique
Interbancaire

24/02/20 12:42:14

9900397820

93978201

HOP CHEIKH KHALIFA G4

Casablanca

A00000000031010

RFF : UTSI

LEMZAOUI MOHAMMED

xxxxxxxxxxxxx5081

07/23 CARTE NATIONALE

8436DA31FF47EE94

220-0-9900-1-44

MONTANT: 350,00 MAD

NUM TRANSACTION : 002

NUM AUTORISATION: OP9383

STAN 008149

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

CEP + CLIENT