

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>3053</u>	Société : <u>R.A.M.</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
<input type="checkbox"/> Autre : <u>144134</u>	
Nom & Prénom : <u>MIR ZAKARIA</u>	
Date de naissance : <u>23.03.1958</u>	
Adresse : <u>Vill Fleurie N° 76 Rue Albert Samain</u>	
Résidence <u>KATIM 2 Maarij CASA</u>	
Tél. : <u>05.18.85.65.27</u>	Total des frais engagés : <u>960,80</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<u>06/11/2023</u>		
Nom et prénom du malade :	<u>MIR ZAKARIA</u>		
Age :	<u>58</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>H.A. Palme</u>		
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 : CASA

Le : 10.10.2023

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
00/05/2010	3+1/2	1/2	H 100	Signature et cachet du Médecin
11/05/2010				
22/05/2010				

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HILAK CITE PLATEAUX 77, Rue Al Achrafieh Cite plateaux El Hilak Tel: 0322.25.96.00 Fax: 0322.25.96.00 Ref: 0024256	01/01/2001	406,30
	01/01/2001	5400
	01/01/2001	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE EL HILAL

77, Rue Francois Ponsard CASABLANCA

Mme Laaboudi Mazouz Selwa DOCTEUR EN PHARMACIE

CNSS:2013358 R.C:295391 PATENTE:34753673 I.F:14481405 TEL:05 22 25.96.06 FAX:05 22 98.89.87 ICE:001513239000014 INPE:92024256

F A C T U R E

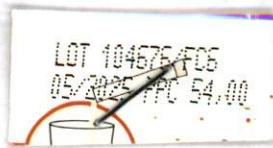
Client.....: MR MIR ZAKARIA

ICE.....:

Date.....: 06/01/2023

FACTURE..... N°: 32

! QUANTITE!	DESIGNATION	! PPV	! MONTANT ! TVA!
1	IHIVERNEX	54.00	54.00 ! 20 !
DONT TVA: 7 %:	0.00	TOTAL :	54.00
DONT. TVA: 20 %:	9.00	TOTAL NET:	54.00
TOTAL TVA :	9.00		

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
CIQUANTE QUATRE Dirhams 00 Centimes

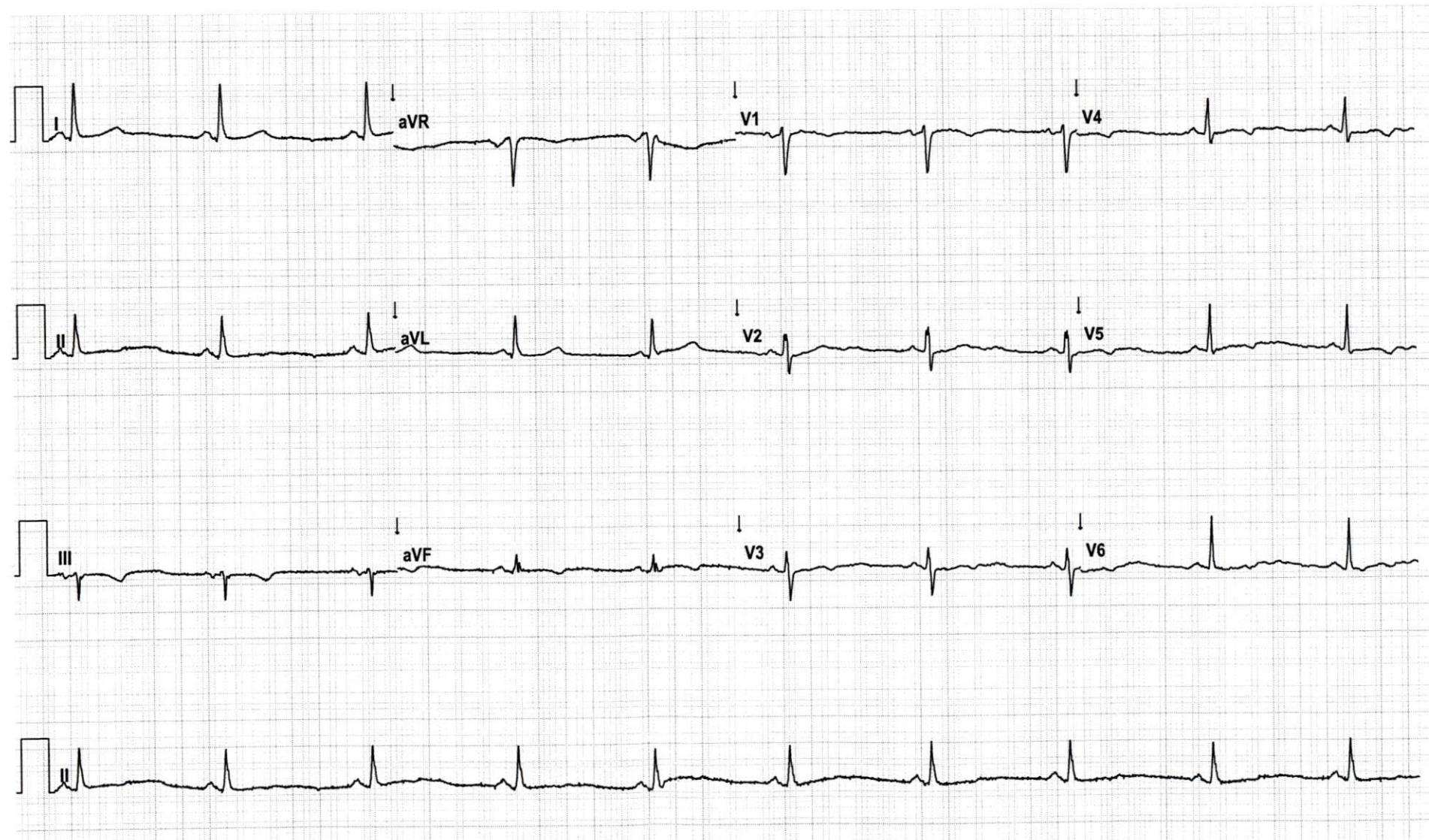
Last: SAMIR
First: KHADIJA
Médecin de Cardiologie
DOB: Rue Mostafa El Maâni
Age: 0yr SABLANA
Sex: M

06-Jan-2023 08:29:53

Vent rate: 57 BPM
PR int: 135 ms
QRS dur: 83 ms
QT/QTc: 401 / 396 ms
P-R-T axes: 28 12 0

BRADYCARDIE SINUSALE
MICROVOLTAGE DU QRS DANS LES DERIVATIONS PRECORDIALES
TROUBLE DE LA REPOLARISATION SUSPECT D'UNE ISCHEMIE LATERALE
ECG ANORMAL
ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Revu par _____



Site Zero

Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 60525 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz