

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'égalité à caractère personnel.

Déclaration de Maladie

N° W21-768682

144423



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8918

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SKALLI HOUSSAINI TAYER

Date de naissance :

02-12-63

Adresse :

716, Bd de Fes CASABLANCA

Tél. : 06 6146 19 34

Total des frais engagés :

300,25

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

23/12/2012

Nom et prénom du malade :

SKALLI HOUSSAINI TAYER

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hopnee

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 : Casablanca

Le : 1/1/2013

Signature de l'adhérent(e) :

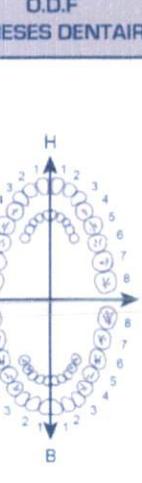


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/12/2022	(3+16)	3	300,00	INP : 091057851 PROFESSOR EL NAKHLOU ERIK MED 2022
	(3+16)			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D		00000000	00000000	B			35533411	11433553	G					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																		
		D		00000000	00000000																	
		B			35533411	11433553																
G																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																			
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5, rue Mohamed Abdou CASABLANCA
Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89
Fax : 0522.22.62.97
GSM cabinet : 06 78 18 18 16

CASABLANCA Le vendredi 23 décembre 2022

Mr SKALLI HOUSSEINI Tayeb

CONSULTATION 300.00DHS

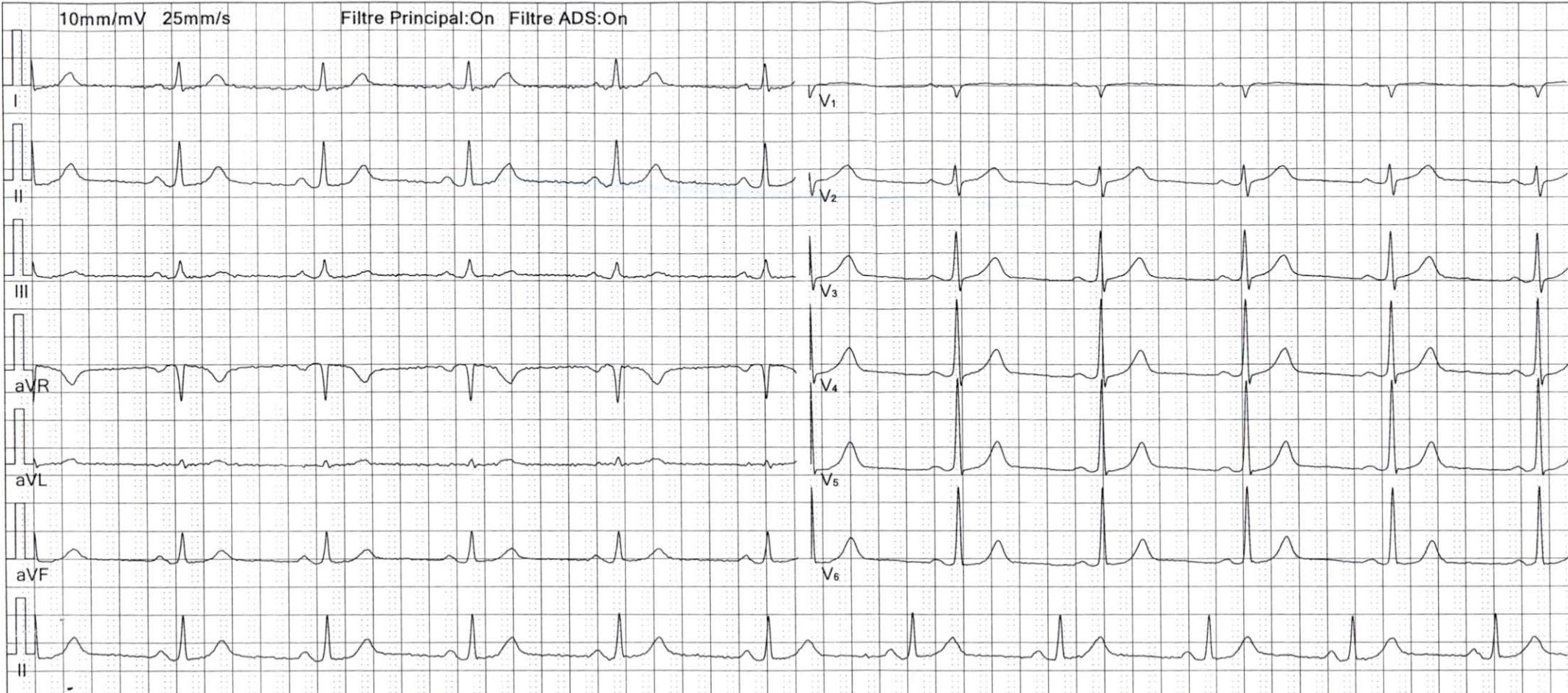
Arrêtez la présente facture à la somme de 300.00DHS

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologue
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tel: 0522.29.81.55/59 - 0522.47.26.89

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA
0522238181
DR EL MAKHLOUF 0661131483

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	418 ms
Durée ECG :	24 s	Interval.QTc :	407 ms
FC :	57 bpm	Axe P :	59.8°
Durée P :	107 ms	Axe QRS :	55.6°
Durée QRS :	74 ms	Axe T :	43.7°
Durée T :	314 ms	RV5/SV1:	1.61/0.21mV
Interval.PQ :	171 ms	RV5+SV1:	1.82mV

Suggestion :

TA : 190/77
P : 60

Signature Médecin: