

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJEETS

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10233 Société : R-A-M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Noureddine Nachite

Date de naissance : 05 - 08 - 1963

Adresse : Blok 60 N° 63 Sidi Othmane CASA

Tél. : 0664245206 Total des frais engagés : 853,00 + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdellah ZAHAR
Cabinet ZAHAR
Bd Jemâa El Fna N° 97
Marrakech
Tél.: 05 22 38 40 44

Date de consultation : 16/01/2024

Nom et prénom du malade : NACHITE Noureddine Age: 1963

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ACF.A, HTZ

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : / /

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 Parlement des Actes
16.01 2024	com		300,00	DR. Abdellah SABRI Bd. 10 Mars 052238 Mabrouka Tel: 05 22 38 00 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

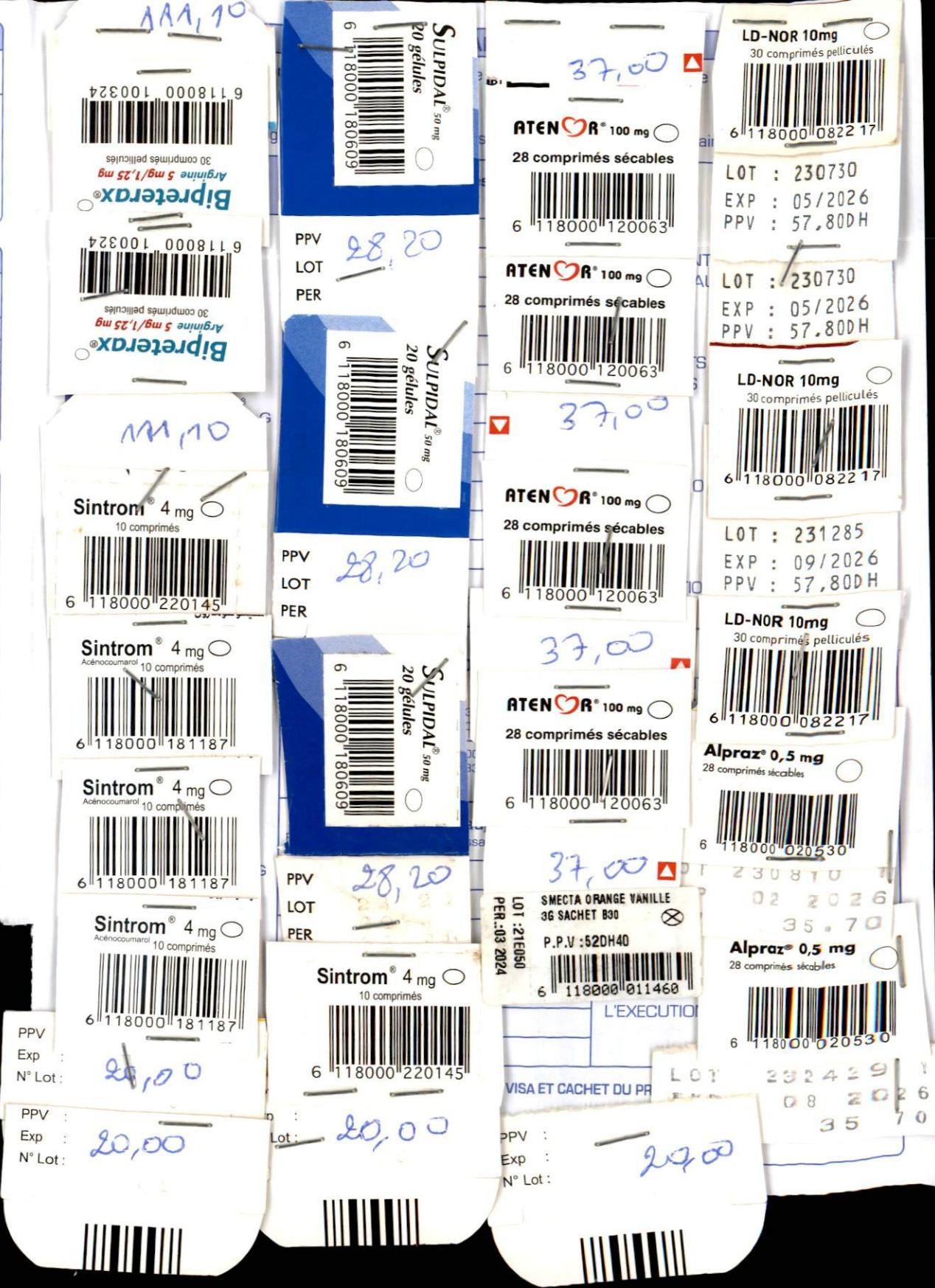
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 092024041	16.01.24	852,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	



Dr. Abdelilah ZAHAR

الدكتور عبد الله زهار

Cardiologue

أمراض القلب والشرايين

Casablanca, le : 16-01-2014 الدار البيضاء في

MACHITE MOUREDDINE

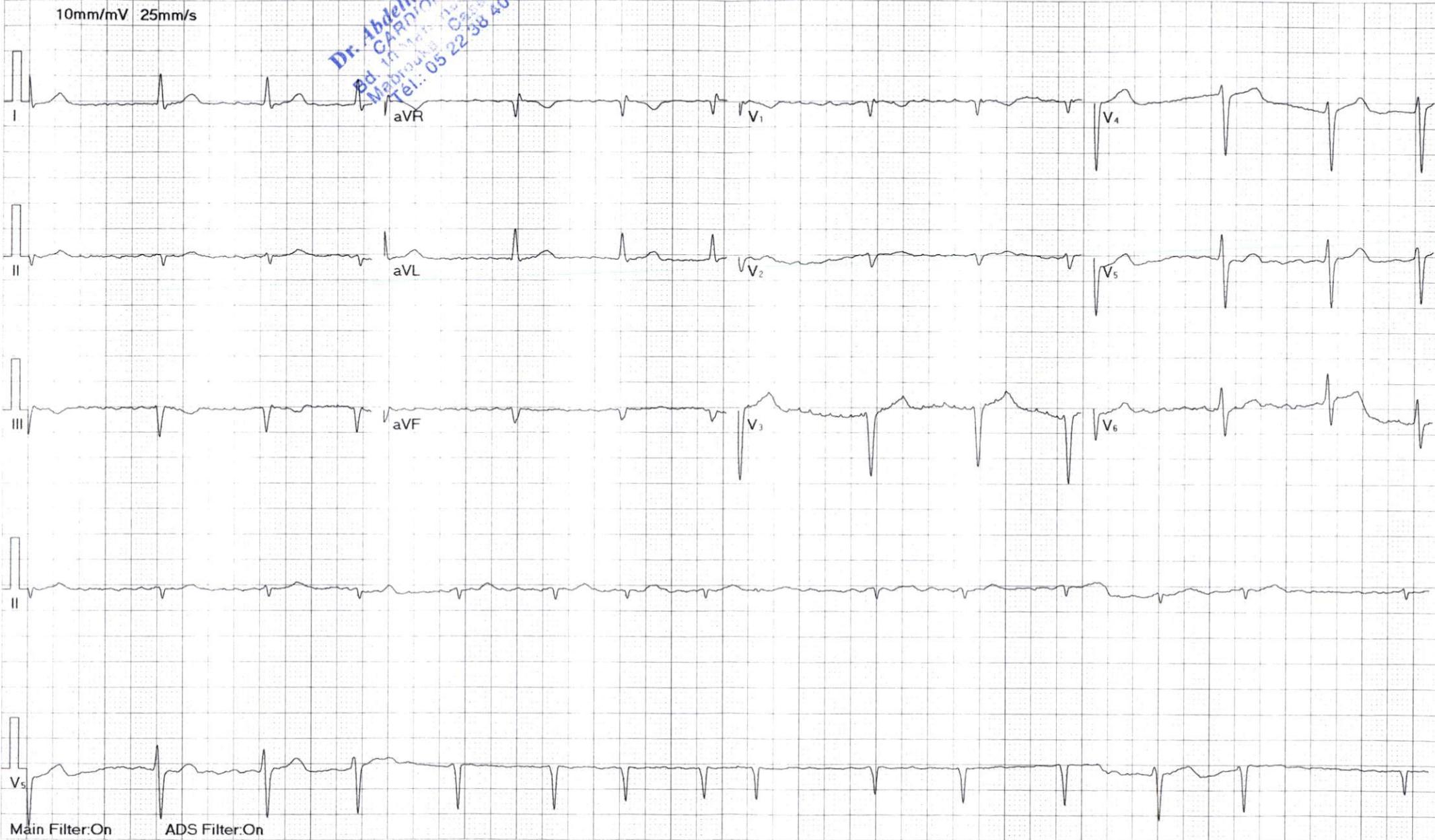
111.10x2 W 3 m/s
 Bipolar 75 - Systole 75 Dr. Abdelilah ZAHAR
 37.09x4
 Avero 100 - 316x2 m/s
 57.80x3
 ED-Aver 10 - 9 180 s/m
 20.00x5
 Systole 112 s/m 90m/s
 35.70x2
 Avero 0.5 - 9 112 s/m 90m/s

28.20x3
 52.09x5 Dr. Abdelilah ZAHAR
 Systole 520 m/s DR. PHARMACIE
 Cardiologue 180 m/s N° 1 Dr. Abdelilah ZAHAR
 Boulevard 10 Mars Rue 31 N° 97, 1er Etage Mabrouka - Casablanca
 Tel : 05 22 38 40 44 / 06 66 94 66 16 - zahar.abdelilah@yahoo.com

ECG

Name :NACHITE NOUREDDINE ID : Sex :Male Age :61 Date :16-1-2024

10mm/mV 25mm/s



Main Filter:On

ADS Filter:On