

# 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

- 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° 09-08 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 : 2385 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SLAMNI RACHIDA N

Date de naissance :

04/07/54

Adresse :

lot Eanniba Rue 2 N°43 Hay Riem

Tél. :

0662014171 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور شاهي عبد الغاني  
أمراض القلب والشرايين  
Dr. CHAHI Abdelghani  
Maladies du Coeur et des Vaisseaux  
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2  
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1<sup>er</sup> Etg  
Casablanca Tel. : 05 22 52 05 05

Date de consultation :

07 FEV 2024

Nom et prénom du malade :

SLAMNI Rachida Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

MUPRAS ZSAF

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 : 07/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Jillal

9

#### 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
07 FEV 2024	Examen	1	20000	Dr. CHAHI Abdelghani Maladies du Coeur et des Vaisseaux Angle Bd. Panoramique et Bd. 2 Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1 <sup>er</sup> Etg. Casablanca - Tél.: 05 22 52 05 05 INDE 091017202

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## 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			Coefficient des travaux
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	
	B			
				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

Dr CHAHI Abdelghani

Nom : slamni rachida SN : 0033816

Sex : Female Case No. :

Age : 70Y Lit No. :

Clinique N : Date : 07/02/2024

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha

FC:

P Interval:

QRS Interval:

T Interval:

PR Interval: 190 ms

QT Interval: 374 ms

QTc Interval: 394 ms

P Axis: 37.10°Cb

QRS Axis: -10.60°Cb

T Axis: 23.30°Cb

Prompt:

دكتور شاهي عبد الغاني  
أمراض القلب والشرايين  
Dr. CHAHI Abdelghani  
Maladies du Coeur et des Vaisseaux  
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2  
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1<sup>er</sup> Et<sup>e</sup>  
Casablanca - Tél.: 05 22 52 05 95

Signature Medecin:

MD 22/02/24

