

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-820406

203481

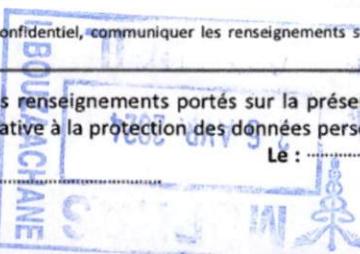
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule 2648	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Fallah Brahim			
Date de naissance : 01/01/1949			
Adresse : 18, Rue chabab Anouane 12ème N° 2 Hay El Mouda Casablanca			
Tél. 0668205004 Total des frais engagés : 1182,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 23/04/2024			
Nom et prénom du malade : FALLAH BRAHIM Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Diabète + HTA			
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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL WOURoud 57, Rue des Roses A Casablanca Masjid Annour - Beaujolais 02 36 84 30 - Casablanca 02 34 80 81 97	23/06/12	882,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

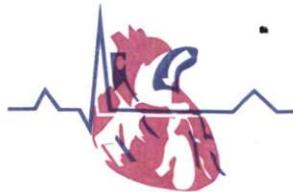
### Important:

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																				
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																				
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																				
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																				
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																				
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																							
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000		00000000		35533411		11433553		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H		G																						
25533412	21433552	00000000	00000000																					
D		B																						
00000000		00000000																						
35533411		11433553																						
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																				
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																				
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب والشرايين وارتفاع الضغط

والدورة الدموية - الفحص بالصدى والهولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires

Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

INPE : 06 11 75 584 - 05 22 32 65 84

Le 23/04/2024

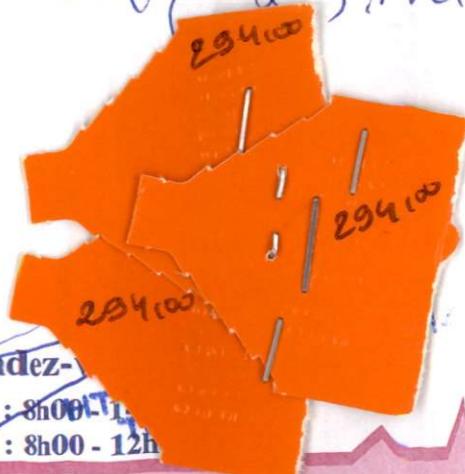
Fatma bint



3 x 294,00 cornam 10/10

882,00

1000 x 3 mm



PHARMACIE AL WOURQUID  
67, Rue des Roses AC de  
Masjid Al Wour - Beaufejdar  
Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca  
Patente: 34808192

Sur Rendez-

HORAIRE : 8h00 - 11h

VENDREDI : 8h00 - 12h

زنقة ابن رشد - برشيد - الهاتف : 05 22 32 65 84  
80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84  
المستعجلات : 06 72 12 00 82

# ECG

Dr AYOUBI Hassan

80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

NOM:FALLAH BRAHIM

ID :191/21

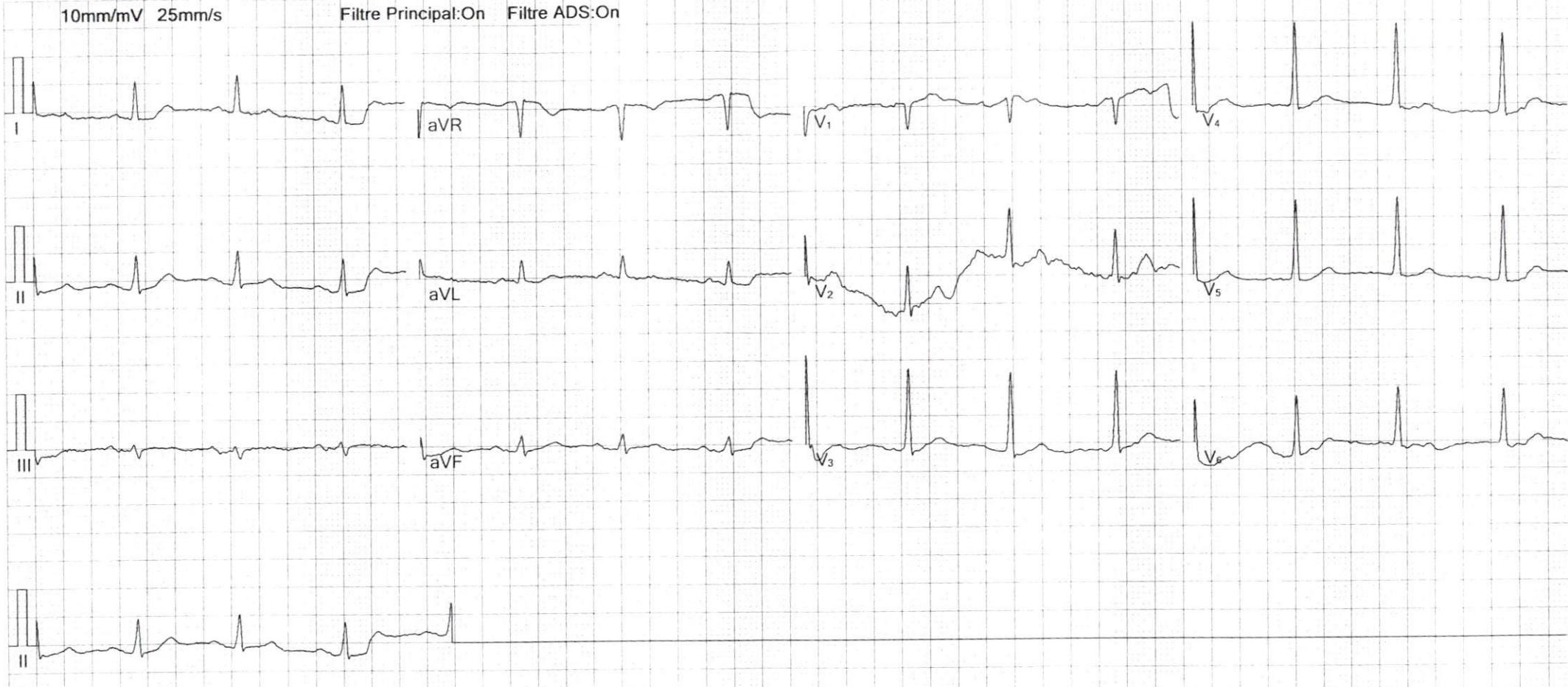
Genre :Homme

Age :72

DDN :01-01-1949

Date Test :23-04-2024 11:59

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr AYOUBI Hassan



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	384 ms
Durée ECG :	3 s	Interval.QTc :	446 ms
FC :	81 bpm	Axe P :	22.5°
Durée P :	113 ms	Axe QRS :	22.5°
Durée QRS :	75 ms	Axe T :	50.7°
Durée T :	279 ms	RV5/SV1:	1.38/0.42mV
Interval.PQ :	179 ms	RV5+SV1:	1.81mV

Suggestion :

DR AYOUBI HASSAN  
CARDIOLOGUE  
80 Rue IBN ROCHD  
Berrechid  
HT : 7 heure 30 min à  
Tél : 05 22 32 32 32

Signature Médecin: