

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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 - 5ème 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040783

ND: 38311

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1513 Société : RAA -

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HANAN RAOUI HAKIDA

Date de naissance : 18.07.1941

Adresse : 8 bis AV. de TANTAN Casablanca

BLANCA

Tél. 0762756403 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Hassan AMMI  
CARDIOLOGUE

20, Rue Oumaima SAYAH

Bd. Al Massira Al Khadra - Casa

Tél: 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 35

NP: 091080218

Date de consultation : 28 MAI 2020

Nom et prénom du malade : HANAN RAOUI HAKIDA

Age: 79

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Infarctus de la paroi M

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 : 28/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



RELEVÉ 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
28 Mai 2020	Examen Vexer Mi		8000	<p>Docteur Hassan JAMALI</p> <p>CARDIOLOGUE</p> <p>20, Rue Oumama SAYAN Casa</p> <p>Bd. Al Massira Al Khadra</p> <p>Tel.: 0522 39 71 01 - Fax: 0522 36 79 35</p> <p>MP: 091080218</p>

Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

**Docteur Hassane AMM**  
**CARDIOLOGUE**  
 20, Rue Oumama SAYAN Casa  
 Bd. Al Massira Al Khedra  
 Tél.: 0522 39 37 01 Fax: 0522 36 79 37  
 WP : 091080218

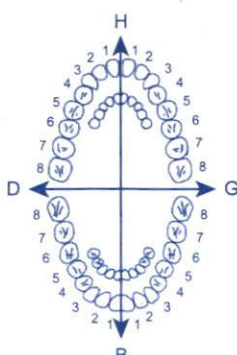
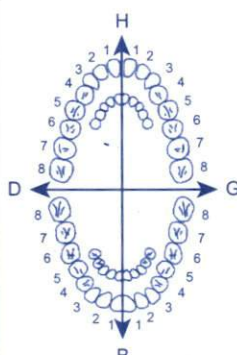
[illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

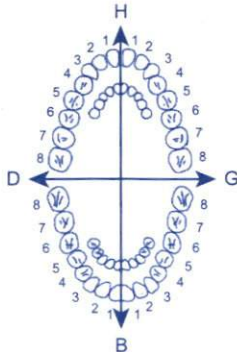
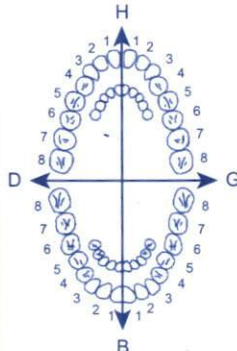
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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'EX

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'occlusion.**

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Casablanca le

28 MAI 2020

**NOTE D'HONORAIRES**

NOM : T. MARRAOUI  
PRENOM : Houssein  
ORGANISME : MURRAS

CONSULTATION + ELECTROCARDIOGRAMME :

ECHO DOPPLER CARDIAQUE :

ECHO DOPPLER ARTERIEL DES MI :

ECHO DOPPLER DES VAISSEAUX DU COU :

ECHO DOPPLER DES ARTERES RENALES :

ECHO DOPPLER VEINEUX MI : 800.00

EPREUVE D'EFFORT :

HOLTER RYTHMIQUE DE 24 H :

HOLTER TENSIONNEL DES 24 H :

AUTRE ..... :

TOTAL : 800.00

Soit : Huit Cent dhg

Dr H JAMMI

PATENTE N° : 35719032

IF : 40301337

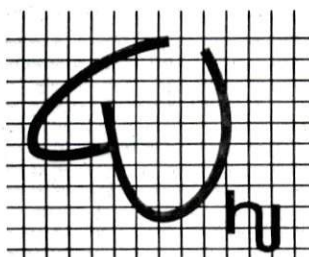
ICE : 001698148000061

Docteur Hassan JAMMI  
CARDIOLOGUE  
20, Rue Oumaima SAYAH  
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa  
Tél.: 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 35  
INP : 091080218



**Dr. Hassan JAMMI**  
**CARDIOLOGUE**

Diplômé de l'Université  
de Nice - Sophia Antipolis



Résidence Star Youness N°20, 2ème étage  
appt. N°6, rue Oumaima Sayeh, Boulevard  
Al Massira, Quartier Racine - Casablanca  
Tél.: 05 22 39 31 01 - Fax: 05 22 36 79 35

**CABINET DE CARDIOLOGIE  
ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES**

- ☐ ECHO DOPPLER CARDIAQUE
- ☐ ECHO DOPPLER ARTERIEL DES MI
- ☐ ECHO DOPPLER DES VAISSEAUX DU COU
- ☐ ECHO DOPPLER DES ARTERES RENALES
- ☒ ECHO DOPPLER VEINEUX MI
- ☐ EPREUVE D'EFFORT
- ☐ HOLTER RYTHMIQUE DE 24 H
- ☐ HOLTER TENSIONNEL DES 24 H
- ☐ ECHO TRANS OESOPHAGIENNE

À RAMENER LORS DE CHAQUE CONSULTATION

NOM: Y. MANANAQOU PRÉNOM: Holain

AGE: 79 DATE: 28 MAI 2020

## A. Carot Exam.

### Infos Patient

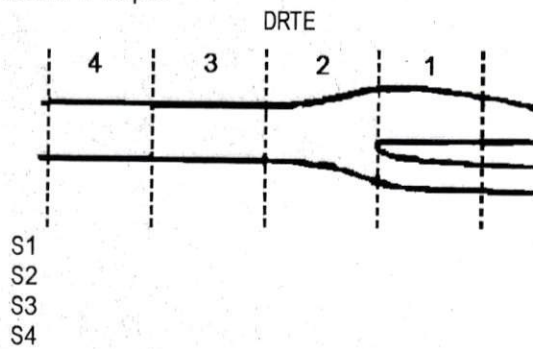
ID : x200528-151444  
Nom : MARHRAOUI HAKIMA

28-05-2020

### Infos Site

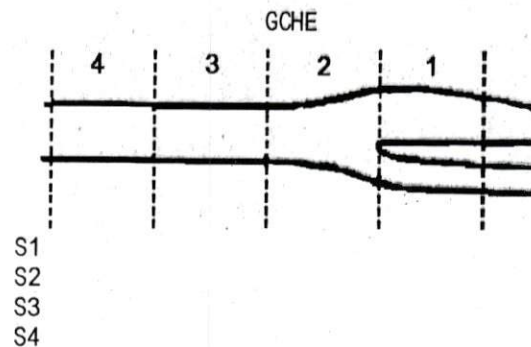
Descript d'Examen :  
Médecin Traitant :  
Médecin P. :  
Echographis :

### <Rslt Plaque>



Score Plaque(D) : 0.00mm

Nb Plaque (D) : 0



Score Plaque : 0.00mm

Nb Plaque (G) : 0

### <Comments>

INSUFFISANCE VEINEUSE MI BILATERALE.

LIBERTE DES AXES VEINEUX PRIFONDS DES 02 MI, EXPLORES SUR LES VEINES, FEM COMMUNES, SUPEFICIELLES, PROFONDE, VEINES POPLITEES ET VEINES SURRALES. SOUPLES ET CONTINENTES.

INCONTINENCE OSTIALE, CROSSIALE ET TRONCULAIRES DE 02 VEINES SAPHENES INTERNE A DROITE.

CONTINENCE DES 02 SAPHENES EXTERNES,

SIGNATURE du Médecin

**Docteur Hassan JAMMI**  
**CARDIOLOGUE**  
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa  
Tél.: 0522 39 34 01 - Fax: 0522 36 79 33  
IMP : 091980218