

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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](http://www.mupras.com)

35446

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0013706

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3510

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NOUBA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*DR YOUSSEF ALLALI*  
Cardiologue Interventionnel  
Res. VAL FORT A. 7ème étage, 100 mètres de la place de l'Indépendance, Casablanca  
Tel / Fax : 05 22 22 78 18 - 05 22 22 78 19  
INPE : 091174714 - 05194002000042

Date de consultation : 24 JUIN 2020

Nom et prénom du malade : C. L. ONTOU FATIMA

Age: 1356

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : NIA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

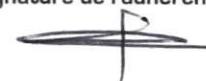
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

| Dates des Actes | Natures des Actes     | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                    |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 24 JUIN 2020    | Consultation<br>et CO | 150                   | 300.00                          |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE GULMES<br>AKI MANSOUR<br>GÉLE BOGHANDI ET<br>MANSOUR 360806 | 24/01/2020 | 576,30                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-34), and lower right (35-46). Directional markers are present: 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom. The teeth are represented by circles with numbers, and the arch is shown with a central horizontal and vertical axis.

## [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PPV 149,20  
PER 03/23  
LOT J752

PPV: 14DH00 1400  
PER: 09/22  
LOT: J2018

PPV: 14DH00  
PER: 03/23  
LOT: J990

**ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables**  
PPV 25DH00 EXP 03/2023  
LOT 02040 2

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111.  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
PANSORAL GEL BUCCAL  
T15 G  
P.P.V : 23,00 DH

6 118000 012078

Pierre Fabre

01/03/2022 01/03/2022 SURGAM 200MG  
CP SEC B2 P.P.V : 55DH40  
6 118000 060857

Antibiotique  
Voie orale  
Boîte de 12 sucettes  
Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

**ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables**

PPV 25DH00 EXP 10/2022  
LOT 98050 4

**ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables**  
PPV 25DH00 EXP 10/2022  
LOT 98050 3

**ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables**  
PPV 25DH00 EXP 11/2022  
LOT 98050 6

**ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables**  
PPV 25DH00 EXP 10/2022  
LOT 98050 3

**ZOTROL® 50 mg 28 comprimés sécables**  
PPV 25DH00 EXP 10/2022  
LOT 98050 3

10mm/mV 25mm/s



|                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| Fréquence : 1000 Hz   | PQ Interval : 176 ms   |
| Durée Echantillon 9 s | Intervalle QT : 473 ms |
| FC : 66 bpm           | Intervalle QTc 496 ms  |
| Durée P : 111 ms      | Axe P : 69.4°          |
| Durée QRS : 145 ms    | Axe QRS : 24.0°        |
| Durée T : 298 ms      | Axe T : 113.7°         |

Suggestion :

Total Batts 10, Batts Normaux 10,\*\*\* Bloc de branche gauche, ECG  
Anormal ECG,  
INPE : 091174114-ICE-00154002000042

Rythme régulier sinusale  
Bloc de branche gauche

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On