

# 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.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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  
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.

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° P19- 053814

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 228 Société : R.A.M. MUPRAS

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OMARY GHITA

Date de naissance : 07/01/42

Adresse : Rés. NANA I.S.O Apt 2 Route EL JADA

90300 CASABLANCA

Tél. : 0522 236423 Total des frais engagés : 1.000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/05/20

Nom et prénom du malade : ZOUIEN EL OMARY GHITA Age: 78ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Anémie causée par prothèse

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non

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 : 29/05/20

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
29.01.2025	Chirurgie	1000	1000	<i>[Signature]</i>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  <b>G</b>  00000000  35533411  <b>B</b> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





CENTRE CARDIOVASCULAIRE  
LES HÔPITAUX

Secrétariat : 05 22 86 33 66  
Télécopie : 05 22 86 33 55  
Portable : 06 61 32 26 05  
E-mail : labcardio@menara.ma

**Docteur Mohamed LEBBAR**  
Cardiologue Médico - Chirurgical

Casablanca, le 29.05.20

## Note d'Honoraires

Nom/Prénom : ZOUITEN EL OMARY AITE

Nature d'examen : .....

:  
: Echo Doppler Cardiaque 1000 dh

Total : 1000 dh

Somme arrêtée à : 700 dh

**Docteur Mohamed LEBBAR**  
**CARDIOLOGUE**  
4, Rue Tarik ibn Ziad  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél: 0522 86 33 66, Fax: 0522 86 33 55

4, Rue Tarik ibn Ziad - Quartier des Hôpitaux  
(Prolongement Faculté de Médecine vers lycée Mohammed V) - Casablanca 20360



# CENTRE CARDIOVASCULAIRE LES HOPITAUX

Docteur Mohamed LEBBAR  
Cardiologue Médico Chirurgical

Secrétariat: 05-22-86-33-66  
Télécopie: 05-22-86-33-55  
Portable : 06 61 32 26 05  
Email: labcardio@menara.ma

Casa, le 29/05/2020

## ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

ZOUITEN OMARY GHITA

- PAS DE DECOLLEMENT PERICARDIQUE .
- OG DE TAILLE NORMALE ..

PROTHESE MITRALE NORMALE

- SIGOIDES AORTIQUES PROTHESE OK
- LES CAVITES DROITES SONT DILATEES
- PAS DE THROMBUS INTRACARDIAQUE
- HYPOKINESIE POSTEROBASALE
- SIV A 11 MM FE ESTIMEE A 70%

### CONCLUSION

LES DEUX PROTHESE SONT OK  
LES PRESSIONS PULMONAIRES SONT ELEVEES  
CINETIQUE DU VG EST NORMALE  
AORTE INITIALE NORMALE

4 Rue Tarik Ibn Ziad

Quartier des Hôpitaux Casablanca 20100

Docteur Mohamed LEBBAR  
CARDIOLOGUE  
4, Rue Tarik Ibn Ziad  
Quartier des Hôpitaux Casa  
Tél: 0522 86 33 66 Fax: 0522 86 33 55



Nom: ZOUTEN EL OMARY GHITA

Date de naissance: 01/01/1942

Sexe: Féminin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: ZOU

Médecin: cardio LEBBAR MOHAMED

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 29/05/2020 14:24:11

1/1

