

# 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.

## Pathologie 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.

**AS :** 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)



ND: 36225

**Déclaration de Maladie : N° P19-0003807**

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10302 Société : RAM  
☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :  
Nom & Prénom : ENOUSKI Abdelmajid Date de naissance : 15/07/1963  
Adresse : RESID LA VILLE, ENTRÉE A AP 4 Kenitra  
Tél. : 0660308685 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Hassan JAMMI  
CARDIOLOGUE  
20, Rue Oumaima SAYAH  
89 Al Massira Al Khadra Casa  
331 01 - Fax: 0522 36 79 33  
INP - 091080218

Date de consultation : 23 JUL 2020  
Nom et prénom du malade : 72 ENOUSKI ARDELMAJID Age : 56  
Lien de parenté : ☒ **Lui-même** ☐ **Conjoint** ☐ **Enfant**  
Nature de la maladie : HMA  
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 : CA SA Le : 24/07/2020  
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
13 JUL 2020	C2 K16 (ZCG)		308,4	Docteur CARDIN 20, Rue Oumma Bd. Al Massira Tel.: 0522 39 31 01 Fax: 05 10 1080218

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/07/20	402,90

## 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.

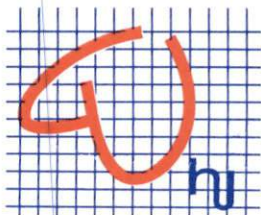
## Important :

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

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																	
	<table border="1"> <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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EX



# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Résidence Star Youness , Rue Oumaima Sayeh, N°20, 2ème étage, Appt. N°6  
Boulevard Al Massira Al Khadra , Quartier Racine - Casablanca 20000

الطبيب حسن جمعة  
أمراض القلب و الشرايين

**Dr. Hassan JAMMI**  
CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université  
de Nice - Sophia Antipolis  
Ex. Assistant spécialiste  
des Hôpitaux de France

23 JUL. 2028

O<sup>n</sup>

Enovaki Asdelapil

134,30 d3

Co Aprovel 100/12.5

Mr Net

102,90

Ozi

Docteur Hassan JAMMI  
CARDIOLOGUE  
20, Rue Oumaima SAYAH  
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa  
Tél.: 0522 38 31 01 Fax: 0522 36 79 35

Pharmacie Centre Ville  
Dr. BEN MESSAOUD EOUAD  
Tél.: 05 37 37 67 29 Kénitra

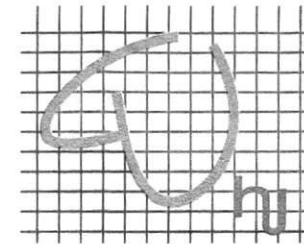
GSM : 06 61 14 94 22  
Tél : 05 22 39 31 01  
Fax : 05 22 36 79 35

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 160mg/12,5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
118001 081028

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 160mg/12,5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
118001 081028

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 160mg/12,5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
118001 081028





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

**Dr. Hassan JAMMI**  
CARDIOLOGUE

**ELECTROCARDIOGRAMME**

Nom : M<sup>r</sup> ENOUSKI

Prénom : ABDELMAJID

Age : 578

Date : 23 JUL 2020

Résidence Star Youness N°20, 2ème étage, appt. N°6, rue Oumc  
Sayeh, Boulevard Al Massira, Quartier Racine - Casablanca 20

Tél: 05 22 39 31 01 Fax: 05 22 36 79 35 GSM: 06 61 14 94 22

23/07/2020 14:30:29

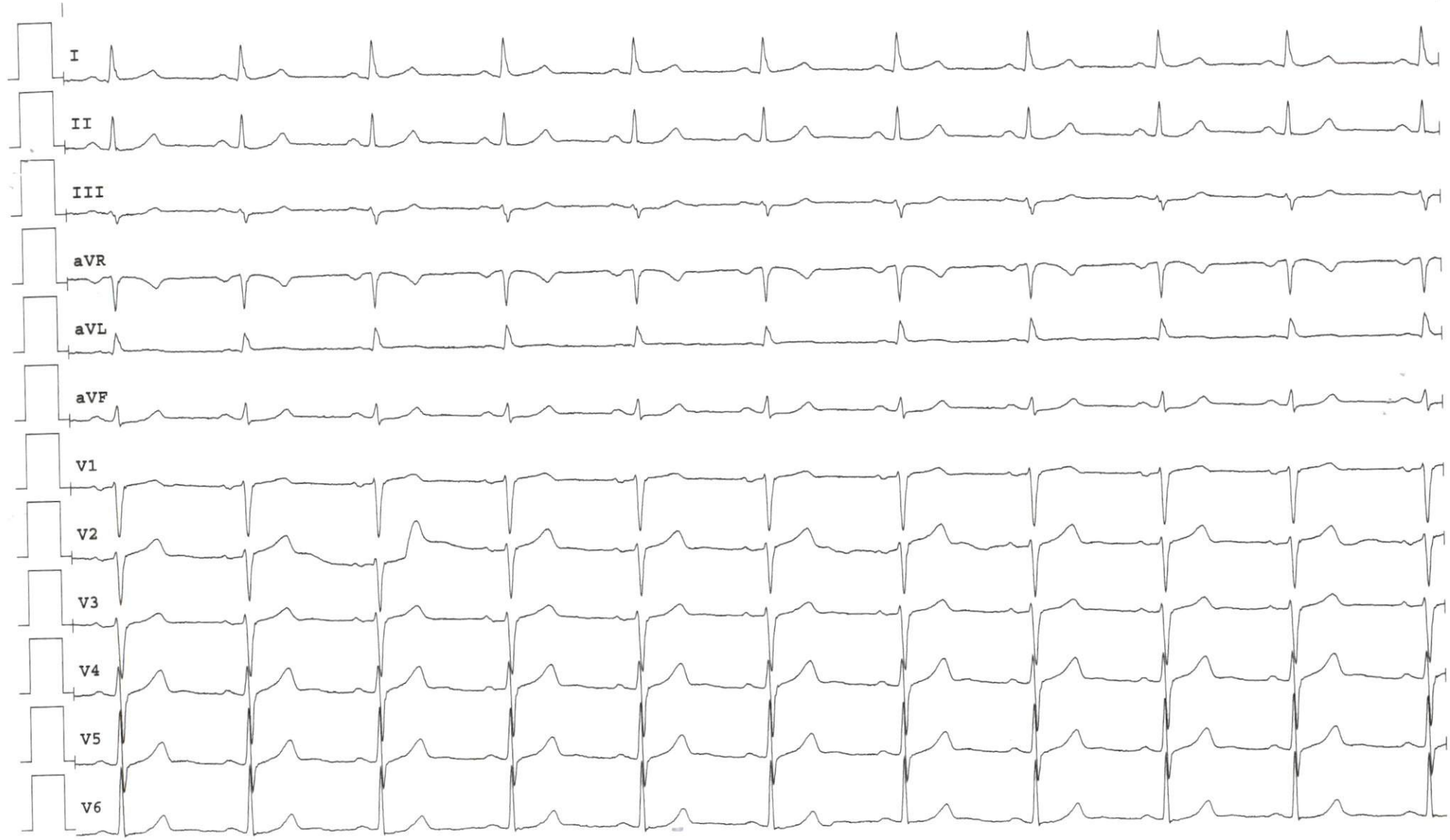
ID :

Nom : ENOUSKI ABDLMAJID

70 13.07.25

FC : 63 BPM Né le :  
PR/RR : 0,168/0,951 s Âge :  
QRS : 0,088 s Sexe :  
QT\QTc : 0,404/0,414 s Dep :

ELK



25 mm/s, 10 mm/mV