

# 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

- 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)

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.



## Declaration de Maladie

N° W19-496282

41145

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 00428 Société:

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre:

Nom & Prénom: BABA Noham

Date de naissance: 15-11-44

Adresse: Hay oulfa Rue 12 N°6 Co 5

Tél: 06-74 55 55 66 Total des frais engagés: 704,80 M

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

Dr. Anass Inchaoui  
Cardiologue  
Tél.: 06 70 55 95 97

Date de consultation: 31/08/2020

Nom et prénom du malade: Age:

Lien de parenté: ☐ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie: Anyvris

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à: Le: 2 SEP. 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
31/08/2020	ECG			INP : 09/006/4107

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/08/2020	454,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

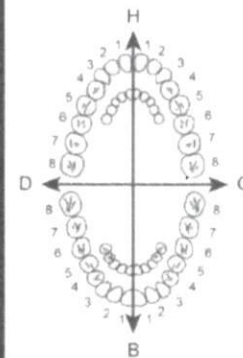
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

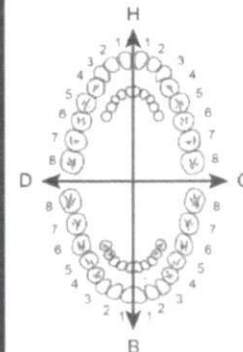
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXE





المعهد المغربي لأمراض وجراحة القلب  
**Moroccan Heart Institute**

780, Impasse MODIBO KEITA - Casablanca 20520  
Tél.: 05 22 85 00 11 / 12 / 13 - Fax : 05 22 83 85 00  
ICE : 001859090000033 - Patente : 34753457 - I.F : 14421718 - CNSS : 9697866

3118 Bro

Dr BATA

Mhems

Suliat<sup>SV</sup> fol

(M de Bros)

151,60  
x3

454,80

MJ

151,60

151,60

151,60



PHARMACIE AL OUDAD  
S. CHALAK HAJ Nassar  
Docteur en Pharmacie  
55, Av. Oued Seb  
Tél / Fax : 05 22 83 85 00  
CASA 20520  
05 : 00154242222222

MOROCCAN  
780 Impasse  
Tél.: 05 22 85 00 11  
Fax : 05 22 83 85 00

Dr. Anass Inchaoun  
Cardiologue  
Tél.: 06 70 55 95 97

Baba, Mohamed  
ID:  
D-naiss: 01-jan-1944  
76ans, Masc

31-aou-2020 05:11:01

Fréq. Card.: 66 BPM  
Int PR: 224 ms  
Dur. QRS: 90 ms  
QT/QTc: 357/371 ms  
Axes P-R-T: 86 43 66

RYTHME SINUSAL - AVC BAV DU 1ER DEGRE  
ANOMALIE NON SPECIFIQUE DE L'ONDE T  
ECG ANORMAL

Revu par

Dr. Alass Inchaoui  
Cardiologue  
Tél.: 06 70 55 95 97

MOROCCAN HEART INSTITUTE  
780, Impasse Modibokella  
Tél.: 0522 83 00 83 / 0522 85 00 00  
Fax: 05 22 98 88 88

TA = 140/75

