

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-432590

51751

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

526-

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HACHAD - Fouzia

Date de naissance :

26/11/1957

Adresse :

Tél. :

066396163

Total des frais engagés

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/12/2020

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE DU LYCEE</b> <b>CASA SARL AU</b> <b>8 bis Rue de la Réunion - CASA</b> <b>Tél: 0622 29 47 67</b> <b>Tél: 0622 29 47 67</b> <b>ICP: 0622 29 47 67</b>	16/12/2020	26,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### **VOLET ADHERENT**

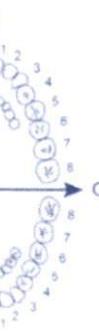
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Cardiologie Val d'Anfa

URGENCES  
24/24

05 22 36 09 09

Dr Najib GARTI

Cardiologue - Rythmologue

Pace Maker

Défibrillateurs

Cryoablation de la Fibrillation  
auriculaire

Traitement des troubles du rythme  
par Radiofréquence

Echocardiographie Doppler.Couleur  
Epreuve d'effort

Holter tensionnel et rythmique

Diplômé de la faculté de médecine  
de limoges (France)

Sur Rendez - Vous

Gsm : 0661 24 30 06

Casablanca, le ..... 16/12/2005

Mr (Mme) .....

El HACHAD Fazza

26,00x4

S.V.

- Subr. 50 .

7 88'0

x 1 my



19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'anfa) - Casa  
Patente N° 35615328 - IF 40713811 - INPE 091066621 - ICE 001584040000047

Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88

E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : [www.cvarythmologie.com](http://www.cvarythmologie.com)



Docteur Najib GARTI

CARDIOLOGUE

RYTHMOLOGUE

Membre actif de la société européenne  
de Rythmologie

## ELECTROCARDIOGRAMME

Nom : El HACHAD

Prénom : Fouzia

Date : 16/12/20

T.A : 10/6

---

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'anfa)  
Casablanca - Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88 / GSM : 0661 24 30 06  
E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : [www.cvarythmologie.com](http://www.cvarythmologie.com)

ID:16122020

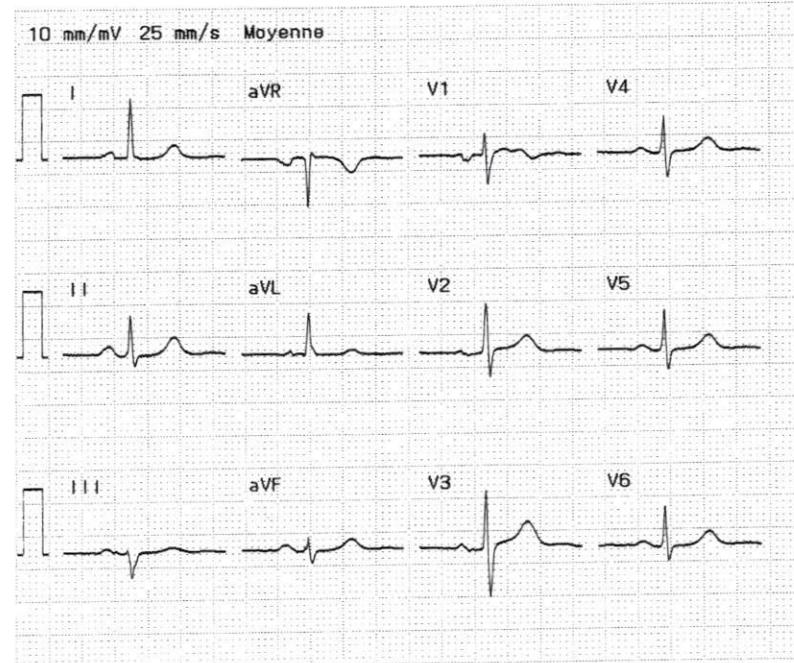
Nom :EL HACHAD FOUZIA

Sexe:F Date de naissance:

ans

	cm	kg	/ mmHg
fréq. ventr.		60	bpm
Int. PR		154	ms
Durée QRS		82	ms
Int. QT/QTc(E)		388/ 390	ms
Axe P/QRS/T	48/ -3/ 46	*	
Amp R/RV5/SV1	0.62/ 0.45	mV	
Amp L/RV5+SV1	1.07	mV	

ECG N°1  
Date 2020-12-16  
Nom : El Hachad Fouzia  
Age : 35 ans  
Sexe : F



Rapport non confirmé  
Revu par :

Examen :Clinique Cardiologique VAL D ANFA