

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-481422

15973

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9416	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	iGHIOLER HICHAM
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	066197612	Total des frais engagés :	1170 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
HATTACOU Mustapha			
Date de consultation :	17/10/2019	Age: 14 ANS	
Nom et prénom du malade :			
iGHIOLER YASSINE			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Soi-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
MUPRAS			
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			
09 JAN. 2020			

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 : ACCUEIL  
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/10/2019

### 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 INP : 0B11026116
17.10.18	CS + echo Doppler	300 dhs 800 dhs		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture Tél: 05 24 35 98 00 / Fax: 05 24 01 49 12 N° 4
--	------	--

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
G	[REDACTED]
B	[REDACTED]
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

# CORAL PARK

HOPITAL PRIVE MARRAKECH

TEL :05.24.35.98.00

## F A C T U R E

N° : 14498 / 2019 du 17/10/2019

Nom patient IGHIOUER YASSINE

Entrée 17/10/2019

### PAYANTS

Sortie 17/10/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION DE SPECIALISTE	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
<b>Total Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

HOPITAL PRIVE MARRAKECH  
Les Ryads Al-Mas (EMBARAKA II)  
Route du barrage - Marrakech  
INPE : 070062385  
Tél: 05 24 35 98 00 / Fax: 05 24 01 49 12  
N° 4

# CORAL PARK

HOPITAL PRIVE MARRAKECH

TEL :05.24.35.98.00

## F A C T U R E

N° : **14511 / 2019** du **17/10/2019**

Nom patient **IGHIOUER YASSINE** Entrée **17/10/2019**  
**PAYANTS** Sortie **17/10/2019**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHO-DOPPLER CARDIAQUE	1,00		880,00	880,00
<i>Sous-Total</i>				880,00
<b>Total Clinique</b>				<b>880,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

HUIT CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>880,00</b>

HOPITAL PRIVE MARRAKECH  
Lq. Ryads Al Aïas (EMBARKAIII)  
Route du Barrage - Marrakech  
INPE : 070062385  
Tél: 05 24 35 98 00 / Fax: 05 24 01 49 12  
N° 4



17/10/19

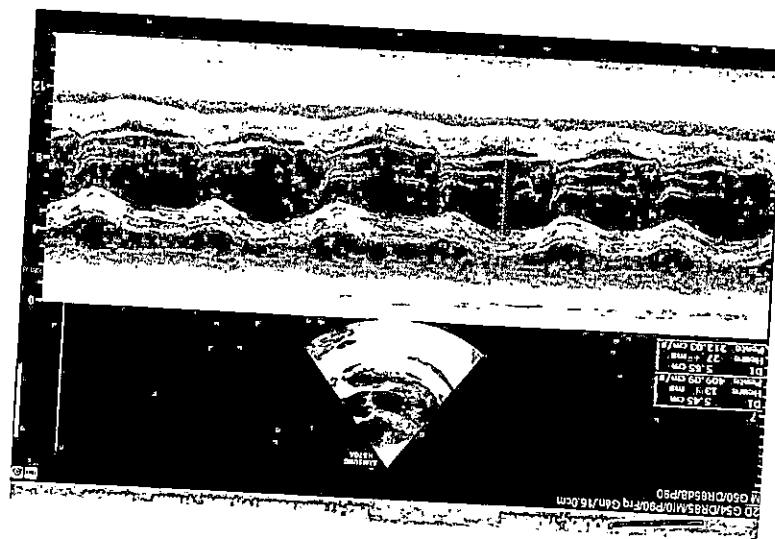
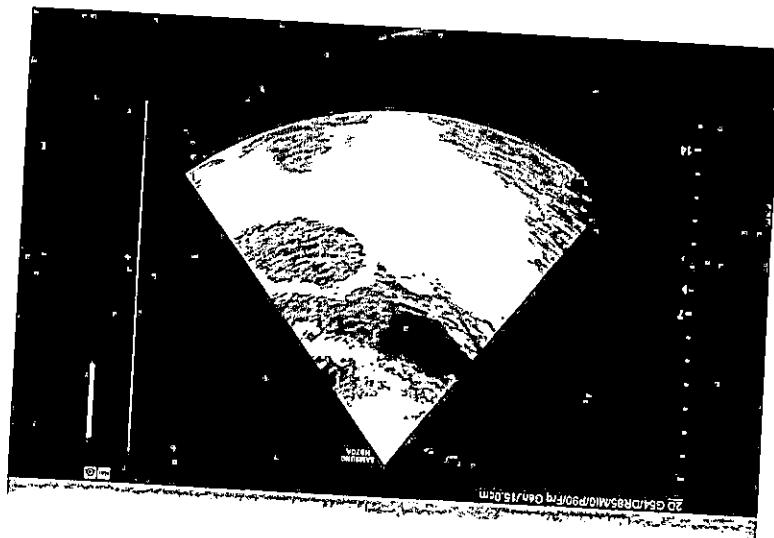
Ighliouer Yasmine

Echogramme

— Décalvire d'épanchement péritoneal  
Cravattement de 3-4 mm en ant.  
et 8 — en post. Bay Rayy  
Le Compteur du M n° 00

VCI = vanishing resp. Cuseney

- VG : contractilité globale et segmentaire normale
- PG de velvutopathie
- Insert Emmanut cul sac phénac



ID:  
Name:

Sex: Male Birth Date:

Symptoms:

10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 d: 35 Hz

Years

Medication:

cm kg

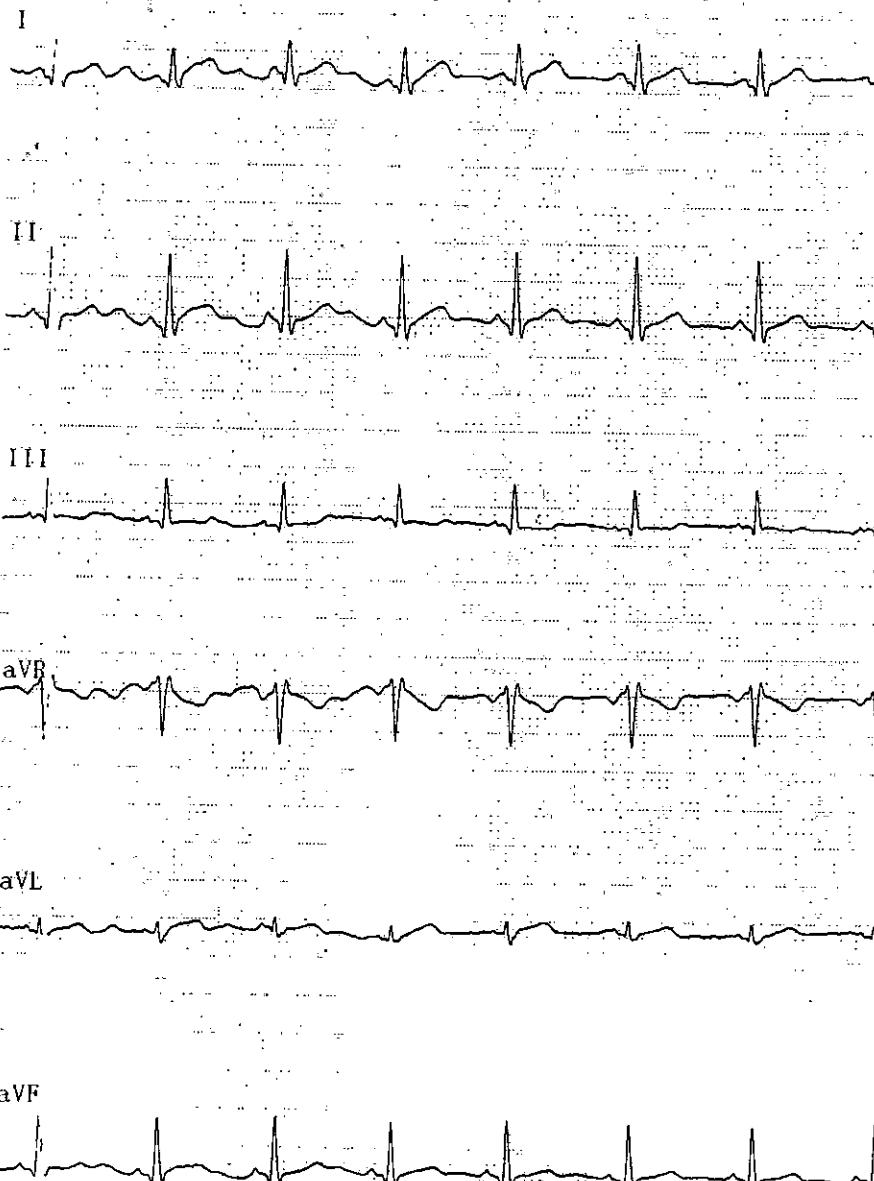
mmHg

000-010 2019 4-11-09

92 bpm

History:

10 mm/mV



Exam:

1350K 05-05 03-05 Dept.:

Unconfir  
Reviewed  
Exam:

ID:  
Name:  
Sex: Male  
cm  
Vent rat  
PR int  
QRS dur  
QT/QTc i  
P/QRS/T  
RV5/SV1  
RV5+SV1  
1100 S  
2210 S  
40371 S  
9150 \*

10 mm/mV  
I  
II  
III  
aVR  
aVL  
aVF  
V1  
V2  
V3  
V4  
V5  
V6

Unconfir  
Reviewed  
Exam: