

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.

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° W19-507337

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 09795	Société : RAN	C4 17073	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	OUAFAE
Nom & Prénom : KOHEN OUAFAE			
Date de naissance : 04/12/1967			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : 1100,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Tél. 0522 99 20 88 - Fax : 05 22 29 20 87			
Quartier : Casablanca - Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca			
DR. M. ALLAABI			
Date de consultation : 13/01/2020			
Nom et prénom du malade : KOHEN OUAFAE Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : dyspepsie / gastrite - 27/01/2020			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 17 JAN 2020			
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 17 JAN 2020

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-507337
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Cardio
09795
Kohen
300+800-1100
Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES PRAIS 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
13/01/2020	Usttre	1	300 dh	INP : 091166987
13/01/2020	consultation	1	300 dh	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

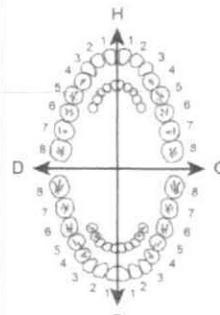
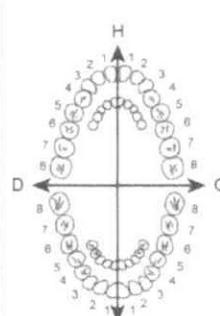
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET EXPENSES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la figure 2-11 ns.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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



Casablanca, le : 13/01/2020

Nom et prénom : Mme KOHEN OUAFAE

Avis cardio Pré anesthésie-Echographie cardiaque

Renseignement Clinique :

- Age : 52 ans
- Antécédents

Neoplasie mammaire gauche

- Type d'intervention :

Nastextomie partielle

- Traitement en cours :

Docteur Hassan TALIBI
Anesthésiste-réanimateur
Spécialiste de la douleur
Hypnose thérapeutique
091184335

Docteur. AARAB ADDI

4, route de l'Oasis rue des Alouettes
Casablanca
Tél. : 0522 77 81 81
Fax : 0522 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

dh AKDITAL
Acteur de Santé

DR LAABI MOHAMED AMINE

CARDIOLOGUE

RESIDENCE RIBH D ANGLE BD BIR ANZARANE RUE CAID EL ACHTAR
CASABLANCA.

TEL : 0522992088

NOM : KOHEN OUAFAE

DATE: 13/01/2020

NOTE D'HONORAIRES

Consultation et ecg = 300 DH.

Echographie doppler cardiaque= 800 DH.

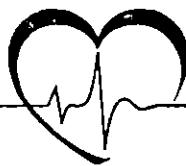
Total = mille cent dirhams.

DR. M. LAABI
Cardologue
Res. Ribh d' Angle Bir Anzarane
Rue Caid Achaïd (à coté de Agence INW)
Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرايين

Dr Mohamed Amine LAABI



دكتور محمد أمين لبabi

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
و علاج القلب التداخلي

CARDIOLOGUE
Cardiologie Générale et Interventionnelle

Nom : KOHEN OUFAE

Date : 13/01/2020

ECHOGRAPHIE CARDIAQUE

Motif : EVALUATION DE LA FEVG. DYSPNEE.

Fonction ventriculaire gauche normale. FEVG=70% TEICHOLZ.

Pas de troubles de la cinétique VG.

Ventricule gauche non dilaté dtdvg=42 mm, non hypertrophié sivd=9 mm.

Aorte thoracique non dilatée. Oreillette gauche non dilatée sog=13cm²

Pas de valvulopathie notable. Micro IM physiologique.

Pressions de remplissage VG normales. E/ea<8.

Cavités droites non dilatées. Pas d'HTAP sur l'IT, PAPS=30mmhg

VCI 14 mm compliant.

Pas d'épanchement péricardique.

Conclusion : Fonction ventriculaire gauche normale. Pas de valvulopathie notable.

Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1er étage Quartier Maârif - Casablanca
إقامة ربع « د » زاوية شارع بيرانزران وزنقة قائد الأسطول (قرب وكالة انوي) الطابق الأول حي المعاريف - الدار البيضاء،

Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

رقم التسجيل : 11010 - رقم باتنت : 35802624