

# 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)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 064953

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1200 Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : HADINE Ahmed

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 066169261 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

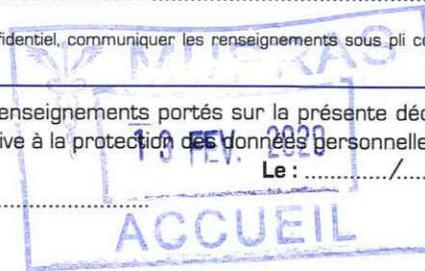
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticaire		Coefficient des travaux											
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
00000000	00000000													
35533411	11433553													
			Date du devis											
			Fin de											

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : <u>M<sup>lle</sup> HADINE AHMED</u>	Mle <u>1200</u>
DECLARATION N°	W18-390983	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>18/2/20</u>	<u>1023,70</u>	<u>08</u>
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-390983

DATE DE DEPOT 18/2/20

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>1200</u>	
Nom & Prénom <u>HADINE AHMED</u>			
Fonction : <u>EX AGT/RAM</u> Phones <u>0661169261</u>			
Mail			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>M<sup>lle</sup> Hadine AHMED</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie <u>Gastrite - entérite</u>		Date <u>08/02/20</u>	Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes <u>Coi d'analyse + ECG</u>		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires <u>1023,70</u>
<b>PHARMACIE</b>		Date <u>08/02/20</u>	
Montant de la facture <u>223,70</u>			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>			Date : .....
Nombre			Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV

**DR. KOUBAA LOUAL**  
 Medecin des Urgences  
 Centre Commercial Nadia  
 Imm. 2, 2ème Etage N°11  
 Gsm: 0664 20 87 14

**PHARMACIE CHOKR**  
 Dr ZINE EL ABIDINE ZAKIA  
 Km 14 Douar Ouled Melek  
 Boukhayma Casablanca  
 Tél: 33 59 03 81



**Dr. LOUAI Koubaa**

24h/24

**Médecin des urgences**

Casablanca, le 08/02/2020

Dr. Hadim Attar

28,10

1/ Nosalige 100mg  
1 sachet x 3

83,20

2/ Spectrum 500mg  
1cp - 0 - 1cp

52,40

3/ Spectra 500mg  
1 sachet x 2

60,00

4/ Enterogermina  
1 sachet x 2

26,30

- C
- H
- M

PPV (DH) :  
 LOT N° :  
 UT. AV. :

28,10

0,1% **فوگالين**  
 ميטوبيمازين

83,20



PHARMACIE  
 ZINE EL ABIDI  
 14 Douar Ouf  
 Boukoura Cas  
 Tel: 339 59 03 00

SMECTA 3G  
 SACHETS B30  
 P.P.V.: 520H40  
 PER: 30M611  
 LOT: 30M611



75455 Lot/Batch: X1005  
 79902F Fab/Mfg: 10 / 2019  
 EXP: 09 / 2021

**DR. LOUAI Koubaa**  
 Médecin des Urgences  
 Centre Commercial Nadia  
 Imb. 2, 3ème Etage No. 1  
 Gsm: 0664 20 87 14

Bd, Brahim Roudani Centre Commerciale Nadia, Imb 2 Etage 3 No  
 Gsm.: 06 64 20 87 14 / E-mail : docteurlouai@gmail.com

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat - R.P.1,  
 Ain sebaa Casablanca  
 Enterogermina, susp b 10 n  
 P.P.V. : 60,00 DH





**Dr. LOUAI Koubaa**  
24h/24

**Médecin des urgences**

Casablanca, le 08/02/2020

- Consultation à domicile
- Hospitalisation à domicile
- Médecin de famille

**NOTE D'HONORAIRE**

Le docteur KOUBAA LOUAI a l'honneur de présenter ses  
meilleures salutations à .....

M<sup>r</sup> Hadige Akmal

Et lui adresse selon usage, sa note d'honoraire pour la  
consultation médicale à domicile. Rajout d'ECG

+ ECG

Soit la somme de .....

800 dh (Huit cent ds)

**DR KOUBAA LOUAI**

**Dr. KOUBAA LOUAI**  
Médecin des Urgences  
Centre Commercial Nadia  
Imm. 2, 3<sup>ème</sup> Etage N°11  
Gsm: 0664 20 87 14

Patente : 34709760 / I.F: 14407886 / ICE : 001651180000019 / INPE : 091188359

I.D.: 000638 Sex: \_\_\_\_\_ Age: 6-10Y

<Analysis Result>:

Vent. Rate (BPM) .....	75		
PR Int. (mS) .....	184		
P/QRS/T Int. (mS) .....	134	81	146
QT/QTc Int. (mS) .....	375	420	
P/QRS/T Axis (Deg.) .....	-11	8	52
RV5/SV1 Amp. (mV) .....	0.52	0.71	

801 Sinus Rhythm  
132 Low Voltage (Chest Leads)  
751 Suspect Anteroseptal Infarction  
616 Unspecified T Abnormality  
202 Mild Left Axis Deviation

Unconfirmed Report Reviewed By :

Dr. KOUÉBA LOUAI  
Medecin des Urgences  
Centre Commercial Nadia  
Imm. 2, 3<sup>ème</sup> Etage N°11  
Gsm: 0664 20 87 14

Dr. Hadige  
Hmoud

Le 08/02/2020  
- 13h16

000078



\* 10mm/mv 25mm/s HUM EMG ADS 2011-02-28 01:54

♡ 74

♡ 74

♡ 75