

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 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.

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 70 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-523164

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : CA

Matricule : 3404 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CASSOU AHMED

Date de naissance : .....

Adresse : BES RIAD AL ANDALOUS ALMEIA  
VILLA 3 CALIFORNIE

Tél. : 06 61 19 16 39 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 : CASA Le : 28/01/2020

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.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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 travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-385092	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
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		



W18-385092

DATE DE DEPOT

28/10/2020

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 3404
Nom & Prénom <u>QASSOUD AHMED</u>		
Fonction : <u>C.D.B.</u>	Phones <u>0661191639</u>	
Mail .....		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>QASSOUD AHMED</u>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>080360</u>	Date <u>28/10/2020</u>
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
<u>HTA</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>Consultation</u>	<u>Coût</u>	<u>3000</u>
<b>PHARMACIE</b>	Date <u>28/10/2020</u>	
Montant de la facture	<u>781.40</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 Alami Mohamed  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi.  
Residence Jawhara  
Casablanca 20200

## ORDONNANCE

28/01/2020

QASSOUD

AHMED

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
APROVASC 300mg/5mg B28  
Cp Pel  
PPV : 185,60 DH  
5 118001 082049

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
APROVASC 300mg/5mg B28  
Cp Pel  
PPV : 185,60 DH  
5 118001 082049

*125.00x4*  
**APROVASC 300/5**

1cp /J

*39.30*  
**ALDACTAZINE**

1/2cp X2/J

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
APROVASC 300mg/5mg B28  
Cp Pel  
PPV : 185,60 DH  
5 118001 082049

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
APROVASC 300mg/5mg B28  
Cp Pel  
PPV : 185,60 DH  
5 118001 082049



LOT N° : 1 2 0 5 4 1 1 *39.30*  
UT. AV. : 0 21 P.P.V 39 30  
09366132/4

*2*  
**Dr. ALAMI M**  
Professeur en Cardiologie  
64 Bd Ghandi Casablanca  
tl. 05 22 39 01 12/05 61 15 78 0

# ECG

Pr ALAMI Mohamed (S1)

Nom : qassoud ahmed Sex : Male

Age : 60Y

Clinique N :

Section :

SN : 0010072

Case No. :

Lit No. :

Date : 28/01/2020 15:6:48



Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	174 ms
Temps d'écha	18s	QT Interval:	331 ms
HR:	101bpm	QTc Interval:	428 ms
P Interval:	142ms	P Axis:	43.00°
QRS Interval:	86 ms	QRS Axis:	-20.20°
T Interval:	229 ms	T Axis:	73.30°

Prompt:

**Dr. ALAMI M**  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi - Casablanca  
Tél. 05 22 39 01 12/06 61 15 78 C

Signature Medecin :

Fiche de Consultation du 28/01/2020

**QASSOUD AHMED**

Terrain Atopique: NON

**Regime**

**Poids** 84 Kg

Indice de Masse (Norme: 20 à 25)

Risque CV %

**TA** 150 / 85 mmHg

Frequence Card 101 c/mn

**Medicaments Prescrits**

APROVASC 300/5

ALDACTAZINE

**Examens Demandés**

**Radiologie**

**Biologie**

**Avis**

**Notes**

Prochain RV 28/04/2020 14:30:00