

# 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)



MS- 21933

## Déclaration de Maladie : N° P19-0003524

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7907 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : TIKAT OMAR Date de naissance : 03/06/65  
Adresse : Rue 66 N° 100 AZHAR I OULFA CASAB  
Tél. : 0661 087715 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/01/2020  
Nom et prénom du malade : BABALANCE ASJAA Age : 53 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Bifon pré-op  
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 :

Signature de l'adhérent(e) :





# RELEVÉ 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02.01.2020      | C + ET            |                       | 1100 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

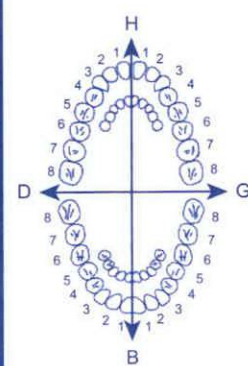
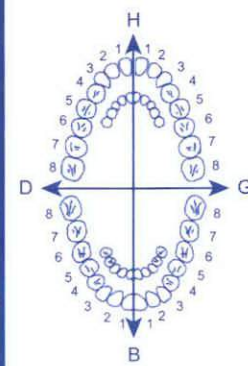
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|--|--|------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|   |  |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |             | H   |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|  | H  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 25533412   | 21433552         |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000   | 00000000         |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | D  | G                |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000   | 00000000         |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 35533411   | 11433553         |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | B  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Lauréate de la Faculté de médecine et de Pharmacie de Rabat
- Ex. Médecin de l'Hôpital Militaire Mohamed V
- Diplôme d'Echocardiographie Doppler de l'Université Bordeaux II
- Diplôme de Cardiologie Pédiatrique de l'Université Paris Descartes

- خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
- طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط
- دبلوم فحص القلب بالصدى والدوبلر من جامعة بوردو II
- دبلوم أمراض القلب عند الرضع والأطفال من جامعة باريس ديكرت

Casablanca, le : 22.01.2020 : الدار البيضاء، في :

M<sup>me</sup> Baba Lahcen Asmaa

ETI

- VG de taille  $\bar{\alpha}$ , contractilité  $\bar{\alpha}$ , de bonne fonction syst  
FEVG = 80%.

- VD de taille  $\bar{\alpha}$ , de bonne fonction syst  $S' = 13 \text{ cm/s}$

- Massif auriculaire de taille  $\bar{\alpha}$   $EOG = 18 \text{ cm}^2$   
 $SEO = 18 \text{ cm}^2$

- Péricarde sec

- VCI fine compliante

- Au doppler : flux mitral en "relaxa", DRVG bas  
IT minime, PAPS  $\bar{\alpha}$

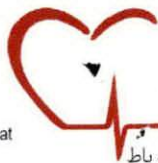
Dr Fatima - Azzahra MIFTAH  
Cardiologue  
185, Bd Abdelmoumen  
Walili Parc N° 4 - Casablanca  
Tél : 0522.27.10.69

C/c : Examen ETI normal FEVG = 80%.

En Cas d'Urgence, Appeler le : 0623 60 90 23



**Dr.Fatima-Azzahra MIFTAH**  
**CARDIOLOGUE**



**د.فاطمة الزهراء مفتاح**  
**اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين**

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de rabat

Ex.médecin de l'Hôpital Militaire Mohamed V

Diplôme d'Echocardiographie Doppler de l'Université de Bordeaux II

Diplôme de Cardiologie Pédiatrique de l'Université de Paris Descartes

Diplôme de Cardio Oncologie de l'Université de Paris Diderot

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

دبلوم فحص القلب بالصدى و الدوبلر من جامعة بوردو II

دبلوم أمراض القلب عند الرضع و الأطفال من جامعة باريس ديكرت

دبلوم أمراض القلب عند مرضى السرطان من جامعة باريس ديدرو

Casablanca Le: 22.01.2020

الدار البيضاء في:

M<sup>me</sup> Baba Lahcen - Asmaa

Facture 3 / 2020

Consultation

300dhs

ETT

800dhs

Total

1100dhs

Dr Fatima - Azzahra MIFTAH  
Cardiologue  
185, Bd Abdelmoumen  
10000 Rabat - Maroc  
Tél: 05 22 27 10 69

**En Cas d'Urgence, Appeler: 06 23 60 90 23**

185 شارع عبدالمومن ، وليلي بارك، مكتب رقم 4 أمام محطة الطرامواي كلية الطب ،

الدار البيضاء - المغرب - الهاتف الثابت: 05 22 27 10 69

185, Bd Abdelmoumen, Walili Parc, 1 er Etage N° 4

[En Face station Tramway Faculté de Médecine]

Casablanca-Maroc Tel.: 05 22 27 10 69

E-mail: miftahfz@gmail.com



baba lahcen  
asmaa

.....  
..... M / F  
Age: .....  
..... cm / ..... kg

FC: 82/min

Intervals:

RR 734 ms

P 92 ms

PQ 144 ms

QRS 82 ms

QT 388 ms

QTC 456 ms

Axes:

P 32 °

QRS -1 °

T -2 °

P (II) 0.10 mV

S (V1) -0.59 mV

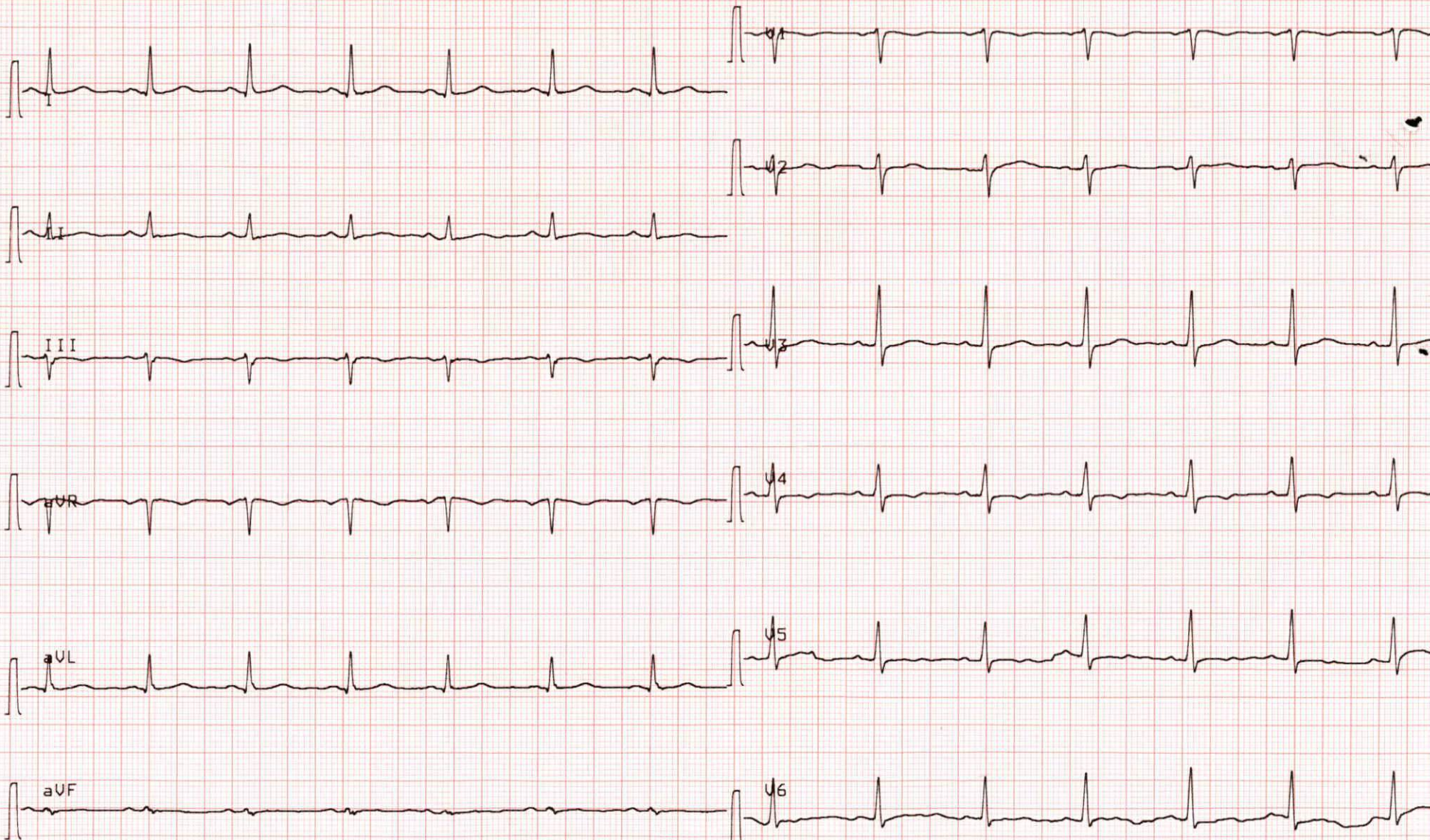
R (V5) 0.82 mV

Sokol. 1.48 mV

TA = 120/80 mmHg

10 mm/mV

10 mm/mV



25 mm/s

0.05-35Hz F50 SSF SBS Me 22-JAN-20 13:40:29

Cabinet Dr Miftah

AT-102 1.37 Mm