

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.

Diagnostique 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 055295

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1284 Société : 64486

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KARMOUSS Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0669225694 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/03/2022

Nom et prénom du malade : KARMOUSS Mohamed Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : C.A. + tube digestif

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 : 24/03/2021


Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

DR. Youssef MILOUDI
Anesthésie Réanimation
Clinique Zartoun

DR. Youssef MILOUDI
Anesthésie Réanimation
Clinique Zartoun



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
15/03/21	C3		250.00	 DR. Youssief MILOUDI Anesthésie Réanimation Clinique Zarkoun
15/03/21	Ecr		100.00	

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

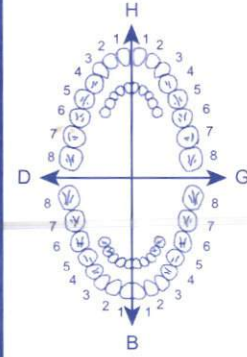
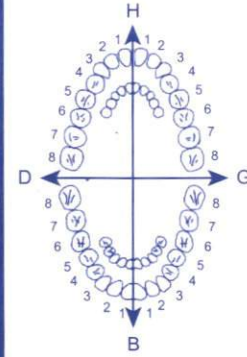
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr.....

ORDONNANCE

CLINIQUE ZARHOUN
31, Rue Zarhoun (Ex. Rue de Reims)
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 05 22 27 27 11 / 05 22 27 84 06
Fax: 05 22 27 80 75

Casablanca le : 15/03/21

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur D. Youssef Eloudi
prie M. M. Karouss Mohamed.

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués
et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires
pour C ECU

s'élevant à la somme de 100,00 DHS

CLINIQUE ZARHOUN
31, Rue Zarhoun (Ex. Rue de Reims)
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 05 22 27 27 11 / 05 22 27 84 06
Fax: 05 22 27 80 75



Dr.....

ORDONNANCE

CLINIQUE ZARHOUN
31, Rue Zarhoun (Ex. Rue de Reims)
Mers Sultan - Casablanca
Tél.: 05 22 27 27 11 / 05 22 27 84 06
Fax : 05 22 27 80 75

Casablanca le : 15/03/21

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur D. Youssef Tiladi

prie M. M^r Karrouss Mohamed

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués
et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires
pour consultation

Pres Anesthésique

s'élevant à la somme de 250,00 DHS

CLINIQUE ZARHOUN
31, Rue Zarhoun (Ex. Rue de Reims)
Mers Sultan - Casablanca
Tél.: 05 22 27 27 11 / 05 22 27 84 06
Fax : 05 22 27 80 75

ID:0000000586 Nom: 15-03-2021 08:38:16

Homme ans cm kg / mmHg

MR harmonis

FC : 46 BPM

Durée P : 112 ms

Interv. PR : 185 ms

Durée QRS : 80 ms

IntervQT/QTc : 423/373 ms

Axe P/QRS/T : -62/231/241 °

Amp.RV5/SV1 : 1.583/0.259 mV

Amp.RV5+SV1 : 1.842 mV

Amp.RV6/SV2 : 1.425/0.504 mV

Information Diagnostic:

113: Dériv. Def

*Dr. Fousser MILOUDI
Anesthésie Réanimation
Clinique Zartoun*

Rapport révisé par:

ID:0000000586

15-03-2021 08:38:16

Calibre moyen:

aVL

II

V1

V4



I

aVF

V2

V5

-aVR

III

V3

V6

0.67~100Hz AC50 25mm/s 10mm/mV ♡46 SE-601C V1.2