

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.

Éducation :

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
 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 048932

65919

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10291 Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAOUA BOUAZZA

Date de naissance :

Adresse : Hay Lariss Bc 14 n° 3 Casab

Tél. : 0664387135 Total des frais engagés : 1839,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/04/2021

Nom et prénom du malade : CHAOUA BOUAZZA



Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Age : 55

Nature de la maladie : Cardiopathie Isthmique

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 : Casab

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
01/01/21	Op + ECG		300,00	100% de la facture versée par l'Assurance Maladie à l'ordre de l'Institut de Cardiologie de Montréal à la date du 05/02/2021 - Fax : 514-875-5000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/04/2011	1539.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

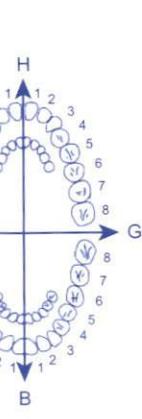
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

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="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
D	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
B																							
G																							
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																		
					DATE DU DEVIS																		
					DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



CARDIO
RADIO
CATHLAB

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

CARDIOLOGIE INVASIVE CONGENITALE ET PEDIATRIQUE

RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

RYTHMOLOGIE

STIMULATION CARDIAQUE

EXPLORATIONS NON INVASIVES

- Echo-Doppler cardiaque
 - Echo-Doppler vasculaire
 - Echographie de stress
 - Echocardiographie transoesophagienne
 - Holter tensionnel
 - Holter rythmique
 - Epreuve d'effort

SECRÉTARIAT & PRISE DE RENDEZ VOUS

- Tél.: 05.22.80.00.00 (L.G)

ADMINISTRATION

8h - 17h
06 62 15 45 04

- Garde de salle de catheterisme 24/24
06 62 17 20 65

- Infirmiere de garde 24/24
06 62 48 23 97

- Tél.: 05.22.85.14.14
 - Fax.: 05.22.82.16.12
 - Adresse Électronique:
cardiokt@gmail.com

معهد أمراض القلب و الشرايين

Institut de Cardiologie et d'Angéiologie



Leol. Bl. 2021

Mr Chaudhury Bawali

270.00 13

1. *Copelia* 45/1000g 1♀, a-mic
82.10.

2. *Inoxia* 2♂ 1♀, de male
155.80 & 3

3. *Tanys* 10♂ 1♀, de scri
28.10. & 6

4. *Glaucophaga* 1000♂ 1♀ - 21♂

1539.80

Dr. M'hamed SAADAoui
Spécialiste en Médecine Cardiovasculaire et Interventionnelle *
Cardiologie et d'Angéiologie
Médico-Keita - Casablanca
Tel: 05 22 80 00 00 - Fax: 05 22 82 16 12
TITI pour 3 mois

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bniou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
64015DMP/21/NRQ P.P.V: 92,10 DH
6 118001 020591

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 270,00 DH
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 270,00 DH
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 270,00 DH
6 118001 082018

TAHOR 40MG 28 CPS
P.P.V : 159DH90
6 118001 170791

TAHOR 40MG 28 CPS
P.P.V : 159DH90
Laboratoires
Pfizer
S.A.

6 118001 170791

TAHOR 40MG 28 CPS
P.P.V : 159DH90
Laboratoires
Pfizer
S.A.

6 118001 170791

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000 081333

LOT 201395
EXP 10/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000 081333

LOT 201395
EXP 10/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000 081333

LOT 201395
EXP 10/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000 081333

LOT 201395
EXP 10/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000 081333

LOT 201395
EXP 10/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000 081333

LOT 201395
EXP 10/2023
PPV 28.00DH

valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. Saad Eddine Nekhlaoui

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Chouaib Bouazzza

Présente

Cardiopathie Ischémique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée chronique

+ Bolus aspirin

Dont ci-joint ordonnance :

Ophax ; Cetadol ; Ineni 10g. Glucophage.

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. Mohamed SAÏD NAISSI
* Cardiologue Interventionnel
Institut de Cardiologie et d'Angéiologie
728, Bd. Modibo Keita - Casablanca
Tél: 05 22 80 00 00 - Fax: 05 22 82 16 12

ID:
D-naiss:
ans,

Fréq. Card.: 72 BPM
Int PR: 147 ms
Dur.QRS: 98 ms
QT/QTc: 367/392 ms
Axes P-R-T: 43 1 -16

