

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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



## Déclaration de Maladie

N° P19-

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 459 Société : 66427

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NGUIDA HAMID

Date de naissance : 01-06-1944

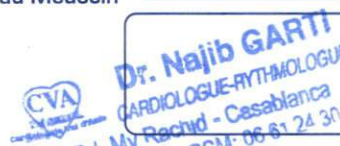
Adresse : 29, Rue Mohamed LAAROSSI Apt 1

CASABLANCA

Tél. : 06 62 82 07 95 Total des frais engagés : 1275,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/03/2021

Nom et prénom du malade : NGUIDA Hamid Age :

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

Nature de la maladie : cardiopathie ischémique

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 : Casablanca Le : 31/03/2021

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
31/03/2024	Cas + ZCG		3000 DA	Dr. Najib GANNI CARDIOLOGUE-ARYTHMOLOGUE 19, Bd. My Rachid - Casablanca Tél: 05 22 36 09 04 - 05 22 24 30

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
GRATIA 19, Bd. My Rachid - Casablanca Place BANGONG - CASA Tél: 05 22 36 09 04 - 05 22 24 30	31/03/2024	1275,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

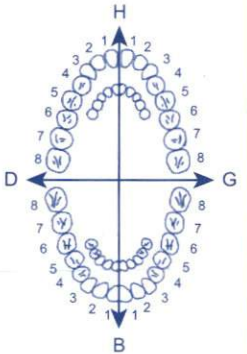
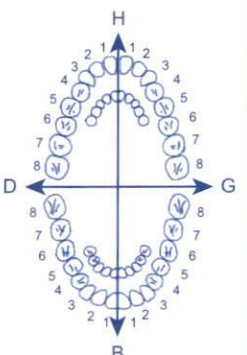
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 d

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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cardiologie Val d'Anfa

URGENTES

24/24

05 22 36 09 09

Dr Najib GARTI

Cardiologue - Rythmologue

Pace Maker

Défibrillateurs

Cryoablation de la Fibrillation  
auriculaire

Traitement des troubles du rythme  
par Radiofréquence

Echocardiographie Doppler Couleur

Epreuve d'effort

Holter tensionnel et rythmique

Diplômé de la faculté de médecine  
de limoges (France)

Sur Rendez - Vous

Gsm : 0661 24 30 06

Casablanca, le

31/3/2021

Mr (Mme)

N: NGUIDA HANID

1009,00

- PRADAXA 150 78'

54,00 X2

- RAMIPRIL 5 78'

34,60 X3

- LANSINA 40 78'

30,70 X2

- KARDEGIC 75 71'

1275,20



BOTTU S.A.

60 gélules

PPV: 1002 DH 00

54,00

54,00

ZUCP SEC

P.P.V: 34DH60

LASILIX 40MG

20CP SEC

P.P.V: 34DH60

LASILIX 40MG

20CP SEC

P.P.V: 34DH60

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Kardegic 75 mg, sec b 30  
P.P.V: 30,70 DH



Kardegic 75 mg, sec b 30  
P.P.V: 30,70 DH

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val D'  
Patente N° 35615328 - IF 40713811 - INPE 091066621 - ICE 00158

Tél : 05 22 36 09 09 - Tél / Fax : 05 22 36 08 88

E-mail : garti.naj@hotmail.fr - Site : www.cvarythmologie.

ID:31032021

Nom :NGUIDA HAMID

Sexe:M

Date de naissance:

ans

cm

kg

/

mmHg

fréq. ventr.

79

bpm

Int. PR

224

ms

Durée QRS

230

ms

Int. QT/QTc(E)

486/ 521

ms

Axe P/QRS/T

63/ -72/ 101

°

Ampl RV5/SV1

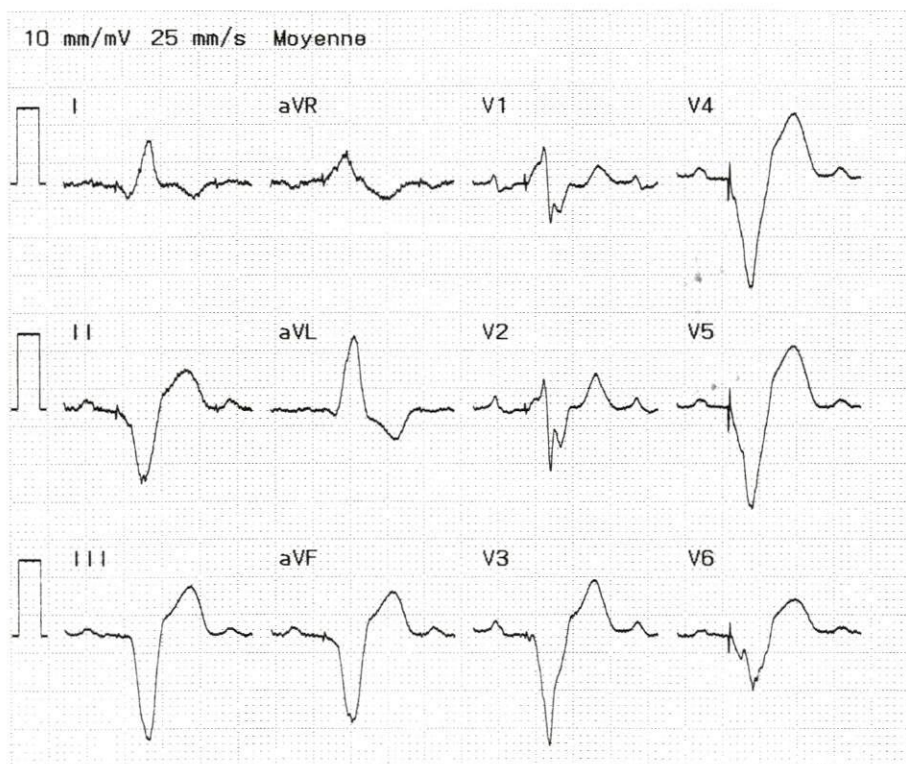
0.00/ 0.52

mV

Ampl RV5+SV1

0.52

mV



Rapport non confirmé

Revu par :

Examen :Clinique Cardiologique VAL D ANFA

ID: 31032021

Nom : NGUIDA HAMID

31-Mar-2021 PM3:52:16

Sexe: M

Date de naissance:

ans

Médicament :

cm

kg

/ mmHg

80 bpm

Symptômes :

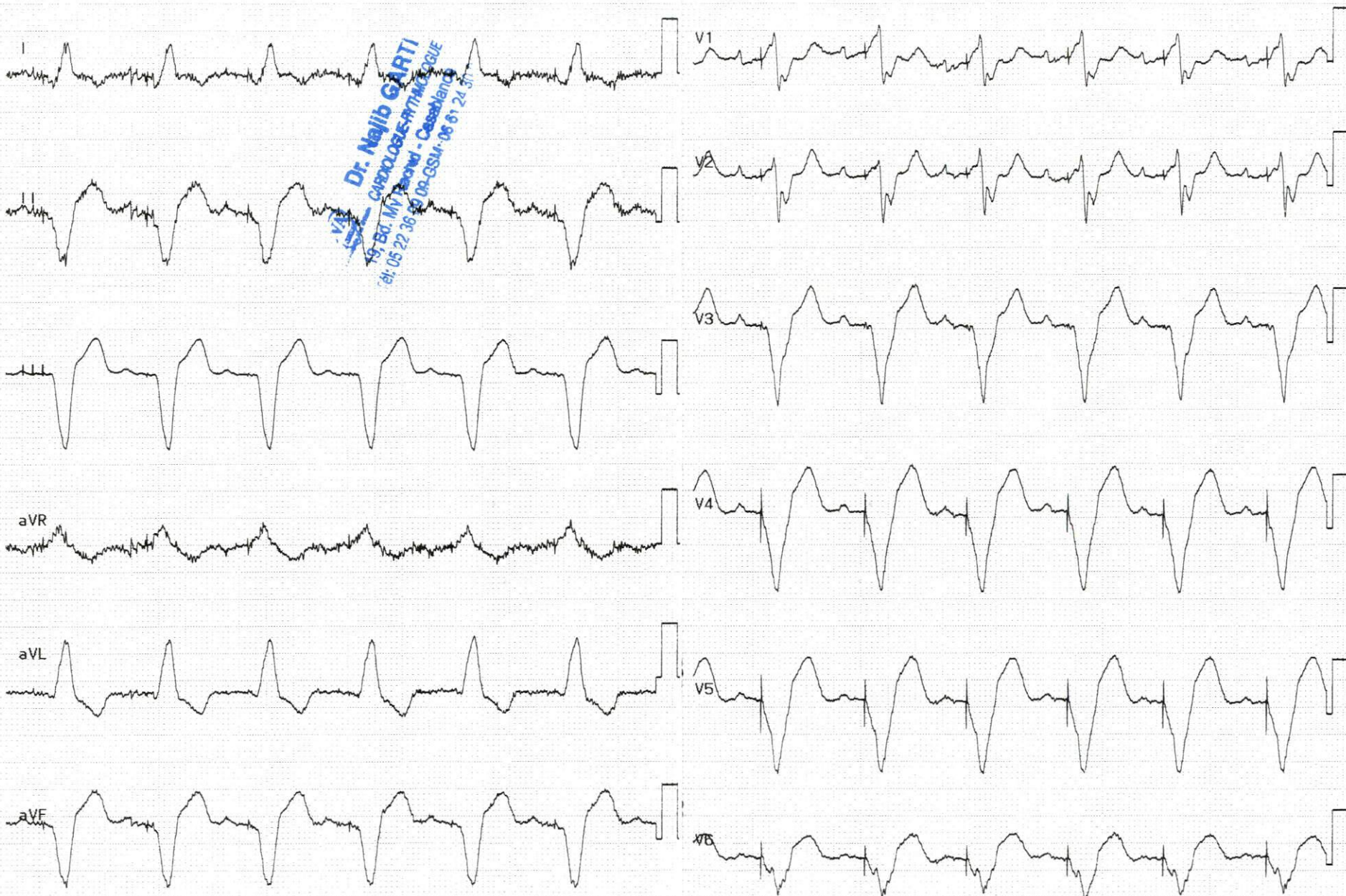
Antécédents :

10 mm/mV

25 mm/s

Filtre : H50 d 100 Hz

10 mm/mV



2350K 03-04 04-05

Service :

Examen : Clinique Cardiologique VAL D ANFA