

# 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.

## diologie 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.

## tique :

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.

## ntaire :

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

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.

76324

MED  
Lydex

Adhérent  
A reibus

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1878 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMINE Abdellah

Date de naissance : 01-07-42

Adresse : Hay Allal Abdellah 268 n° 11 Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : 243700,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Dr. Anass INGHAOUH Age : 41-53

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dr. Anass INGHAOUH

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 : 01.01.2011

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
07/06/2023	US		250.00 DH	 Dr. Anass INGHAR CARDIOLOGUE 318, 1er étage, bd. L. Sidi Moumen, Casablanca Tél.: 0522 71979 E-mail: a.inghar@outlook.com

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z. Tél: 05.22.21.73.64	07/06/2021	1887,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

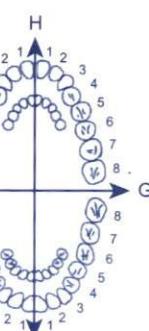
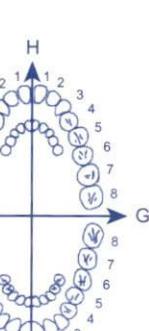
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée  le praticien en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

**Dr. Anass INCHAOUH**

CARDIOLOGUE

- Diplômé en échocardiographie de l'Université BORDEAUX Segalen
- Diplômé en cardiologie pédiatrique et congénitale de l'Université PARIS Descartes
- Diplômé en ultrasonographie vasculaire de l'Université SORBONNE
- Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd, Casablanca
- Ancien médecin à l'Hôpital Pitié-Salpêtrière
- Ancien médecin assistant des hôpitaux de Liège - Belgique



**الدكتور أنس إنشاؤه**

اختصاصي أمراض القلب والشرايين

● دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو - فرنسا

● دبلوم أمراض القلب للأطفال والرضع من جامعة ديكارت بباريس - فرنسا

● دبلوم للموجات فوق الصوتية الوعائية من جامعة السوربون بباريس - فرنسا

● طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

● طبيب سابق بالمستشفى الجامعي سالبتيير بباريس - فرنسا

● طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بلجاج - بلجيكا

## وصفة طبية

### ORDONNANCE

CASABLANCA, LE ----- 07/06/2021 ----- الدار البيضاء، بتاريخ

Mme dahri fatima

629.00 X3  
xarelto 20 mg  
1 cpl/j pendant 3 mois

zydex Ip 1.5  
1cp/j pendant 1 mois

1887.00

ALAOUYI  
PHARMACEUTICALS  
Rue 309, 1<sup>er</sup> étage - Ain Chock  
Hôpital Med Sakkat - Casablanca  
Tél: 05.22.21.73.64



Dr. Anas  
CARDIOLOGUE  
319, 1<sup>er</sup> étage, bd. Lalla Asmaa,  
Sidi Moumen, Casablanca  
Tél.: 0522 719782 / 0670559597  
E-mail: a.inchaouh@gmail.com



319, 1<sup>er</sup> étage, bd. Lalla Asmaa, Sidi Moumen, Casablanca

Tél. : 0522 71 97 82 | Email : a.inchaouh@gmail.com