

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## iologie 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.

## adie 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° M21- 1055376

MD 76563 Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 459 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NGUIDA HAMID

Date de naissance : 01-06-1944

Adresse : 29 Rue Mohamed LAAROUSSI - Apt 1

CASABLANCA

Tél. : 06.62.82.07.95 Total des frais engagés : 1575,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/06/2021

Nom et prénom du malade : NGUIDA HAMID

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : hypertension

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 : 05/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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
26/16	C2+E6	300		
20/21		80		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/06/2021	1275,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	21433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



**URGENCES**  
**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

25/06/2021

Mr (Mme) .....

J - MOURIDA HAMID

1002,00

- PRADAXA 150. 148' -

30,70 x 2

- Lantafex 75. 148' -

54,00 x 2

- RAMIPRIL 5. 148' -

34,60 x 3

- Lantafex 45

1275,20

6 118001 040728  
Pradaxa 150 mg  
(Dabigatran etexilate)  
60 gélules

BOTTU S.A.

LOT : 20E01

PER. : 06/20

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

LOT : 21E01

PER. : 09/2022

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

54,00  
54,00

20E02

11/2024

P.P.V : 34DH60  
LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60  
LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

19, Bd. Franklin Roosevelt, Anfa (Rez de chaussée Clinique Val d'Anfa  
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.

20E02

11/2024

6 118000 060110

ID:25062021

Nom :NGUIDA HAMID

Sexe:M

Symptômes :

10 mm/mV 25 mm/s Date de naissance: 10 mm/mV Filtre : H50 d 100 Hz

25-Jun-2021 PM4:15:01

Médicament :

cm kg

/ mmHg

83 bpm

Antécédents :

10 mm/mV



2350K 03-04 04-05

Service :

Examen :Clinique Cardiologique VAL D ANFA

ID:25062021

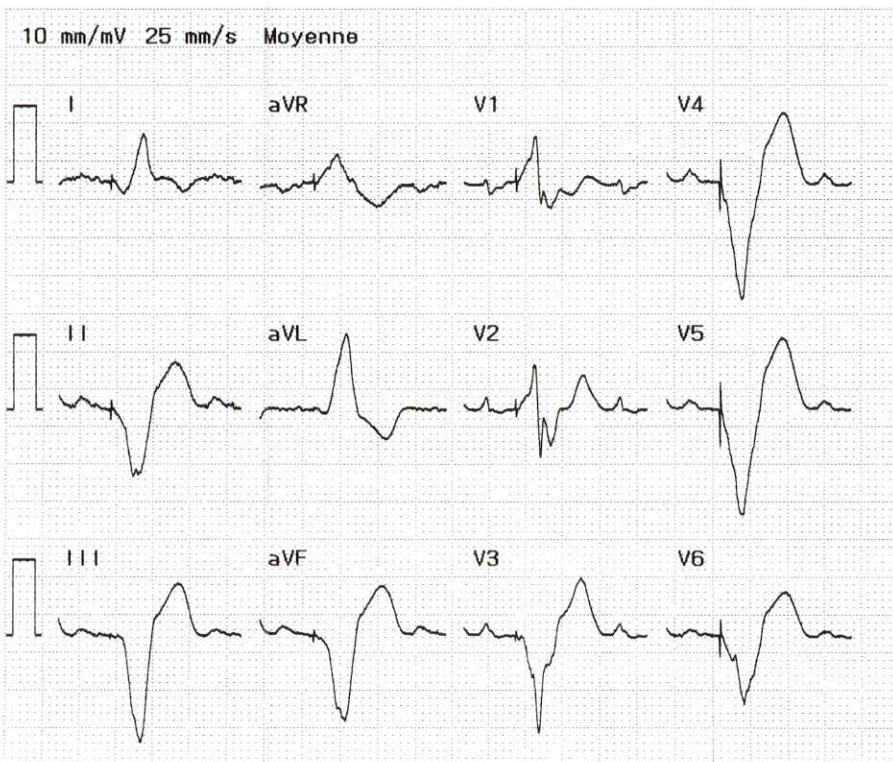
Nom : NGUIDA HAMID

Sexe:M

Date de naissance:

ans

cm	kg	/	mmHg
fréq. ventr.	82	bpm	
Int. PR	194	ms	
Durée QRS	254	ms	
Int. QT/QTc(E)	492/ 531	ms	
Axe P/QRS/T	75/ -69/ 99	°	
Amp1 RV5/SV1	0.00/ 0.34	mV	
Amp1 RV5+SV1	0.34	mV	



Rapport non confirmé

Revu par :

Examen : Clinique Cardiologique VAL D ANFA