

# 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.

## 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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° W19-554075

106805

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 18215 Société : R-4-1

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EL FAKIR Mohamed

Date de naissance :

05/09/55

Adresse :

FIN CHOCK Rue 129 N°34 Casablanca  
Tél. : 0661 978518 Total des frais engagés : 200,00 - Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : / Age : /

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/03/2022

## VOLET ADHERENT

## 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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## REFÈRE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

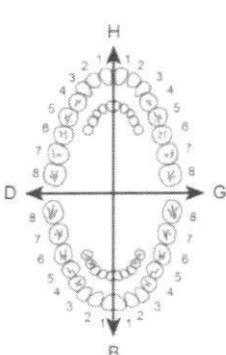
**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

$$\begin{array}{c|c}
 & H \\
 \hline
 25533412 & 21433552 \\
 00000000 & 00000000 \\
 \hline
 D & \\
 \hline
 00000000 & 00000000 \\
 35533411 & 11433553
 \end{array}$$



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

05.03.1995

Service Consultation

Reçu № 217334

Nom et prénom : El Jafa Mohamed Age : \_\_\_\_\_

Date : 19/08/22 Heure : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Organisme : \_\_\_\_\_

Médecin : Dr. Mohamed

Nature de l'acte : \_\_\_\_\_

Acte Complémentaire : BCG

Prix : 200

Avance : \_\_\_\_\_

Reste : \_\_\_\_\_

Reçu par : \_\_\_\_\_



Signature

Angle Boulevard Nador et Atlantide, Quartier POLO - Casablanca

Tél. : 0522 79 33 00 / 0522 21 80 31 - Fax : 0522 21 32 95

Service urgence : 0522 79 33 33



## ELECTROCARDIOGRAMME

NOM : EC Farah

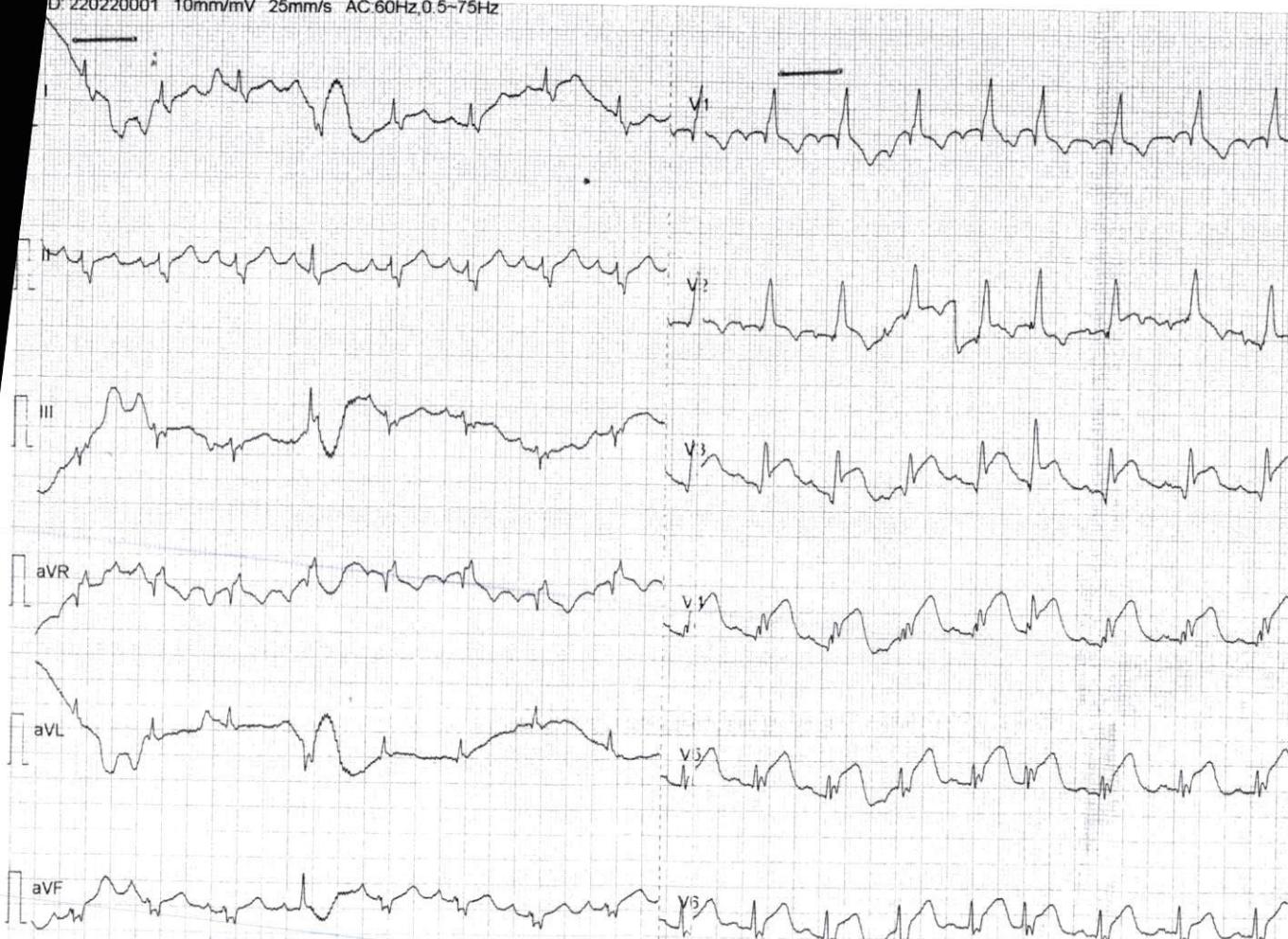
PRENOM : Riad

LE : 19/10/21/2022

---

Angle boulevard Nador et Atlantide , quartier POLO - Casablanca  
Tél.: 0522 79 33 00 / 0522 21 80 31 - Fax : 0522 21 32 95  
E-mail : avicenne.clinic1@gmail.com

D: 220220001 10mm/mV 25mm/s AC 60Hz, 0.5-75Hz



Nom: \_\_\_\_\_  
Numéro ID: 220220001  
N° sous-ID: \_\_\_\_\_  
Sexe: \_\_\_\_\_  
Âge: \_\_\_\_\_  
Réf-service: \_\_\_\_\_  
N° chambre: \_\_\_\_\_

Fréquence cardiaque: 102 bpm  
Durée PQRS: 116/136 ms  
Axes P/QRS/T: 50/-42/45°  
Tension RV5/SV1: 0.39 mV  
Intervalle PR: 170 ms  
Intervalle QT/QTC: 368/441 ms  
Tension RV5/SV1 [Code Minnesota]: 0.39/0.00 mV  
112 711 721 811 87

\*\*\*\*\* Analyse résultat \*\*\*\*\*  
8120 Tachycardie sinusal  
8470 Avec complexes supraventriculaires prématûres occasionnels  
722 Bloc de branche droit  
1131 Infarctus du myocarde antérieur, aigu  
1434 Infarctus septal du myocarde, d'âge indéterminé  
332 Dilatation auriculaire gauche  
22 Déviation d'axe gauche anormale  
\*\*ECG abnormal\*\*

Mr ECFara Mr  
L = 19/02/2022

Le docteur doit confirmer le rapport.  
Vérifier l'heure: 2022/02/20, 00:50:20  
Imprimer l'heure: 2022/02/20, 00:50:21