

**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**

- 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.

**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**

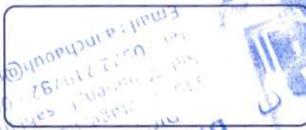
M22- 0018501

- Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 0878 Société : RAM 126.149  
 Actif       Pensionné(e)       Autre : E.pous  
 Nom & Prénom : AMINE Abdelhak  
 Date de naissance : 1942  
 Adresse : Hay mky Abdellah Rue 269 n° 19 Cas  
 Tél. : ..... Total des frais engagés : 2.550,40 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : .....  
 Nom et prénom du malade : FATIMA Age : 1-1-13  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : .....  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD       ALC      Pathologie : .....  
 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 : .....  
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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
25/07/2022			250.000M	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/07/22	2300,40

### 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Anass INCHAOUH

CARDIOLOGUE



## الدكتور أنس إنشأوه اختصاصي أمراض القلب والشرايين

- 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

- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بورجو - فرنسا
- دبلوم أمراض القلب للأطفال و الرضع من جامعة ديكرت باريس - فرنسا
- دبلوم للموجات فوق الصوتية الوعائية من جامعة السوربون باريس - فرنسا
- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي سالطيرير باريس - فرنسا
- في الجامعي بلياج - بلجيكا

## وصفة طبية

ORDONNANCE

25/07/2022

CASABLANCA, LE

بتاريخ

Mme dahri fatima

629,00 x 3

xarelto 20 mg  
1 cp/j pendant 3 mois

72,00 x 2

DETENSIEL 10 MG COMPRIMÉ PELLICULÉ BOÎTE DE 30  
1/2cp/j pendant 3 mois

56,80 x 3

ALDACTONE 50 MG COMPRIMÉ BOÎTE DE 20  
1/2cp/j pendant 3 mois

99,00

magmine  
1cp/j le soir pendant 1 mois

= 2300,40



Dr. Anass INCHAOUH  
Tel : 0522 71 97 82 / 0522 05 59 597  
Email : a.inchaouh@gmail.com

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V : 629,00 DH  
Bayer S.A.

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V : 629,00 DH  
Bayer S.A.

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V : 629,00 DH  
Bayer S.A.

DETENSIEL 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

DETENSIEL 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

ALDACTONE 50MG 20 CPS

P.P.V : 56DH80  
6 118001 170029

ALDACTONE 50MG 20 CPS

P.P.V : 56DH80  
6 118001 170029

ALDACTONE 50MG 20 CPS

P.P.V : 56DH80  
6 118001 170029

MB790 1024  
LOT PER

Prix 99,00

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

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