

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

N° M21- 081728

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0878 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre : E. Pense
 Nom & Prénom : Amine Abdelham
 Date de naissance : 1942
 Adresse : Hay 17 by Abdellah Rue 269 n° 19
 Tél. : Total des frais engagés : 1721,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22/02/2023
 Nom et prénom du malade : Dohin Fatima Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : T.V.P.
 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
02/02/2023	C		212,00	

Dr. Anass Inchaouh
 CARDIOLOGUE
 319 1 21 21 21
 Sidi Moumen Casablanca
 Tél: 0522 719782 / 0670555555
 Email: a.inchaouh@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture



02/02/2023 1471,00

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

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

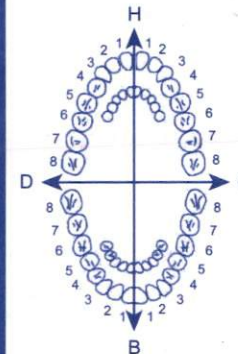
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D G
 00000000 00000000
 35533411 11433553
 B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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



الدكتور أنس إنشأوه
اختصاصي أمراض القلب والشرابيين

- 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 بوردو - فرنسا
- دبلوم أمراض القلب للأطفال و الرضع 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 سالبتريير بباريس - فرنسا
- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بليجا - بلجيكا

وصفة طبية

ORDONNANCE

02/02/2023

CASABLANCA, LE

Mme dahri fatima

649,00 x 2

rexaban 20
1cp/j pendant 3 mois

34,60 x 5

LASILIX 40 MG COMPRIMÉ BOÎTE DE 20
1cp/j pendant 3 mois

= 1471,00



Rivaroxaban

LOT:224157

EXP:04/24

PPV:649DH00

649,00

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

319,1^{er} étage, bd. Lalla Asmaa, Sidi Moumen, Casa

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

TA 105
62

Dr INCHAOUH Anass ECG report

ID : 20230202161534

Name : *[Signature]*

Gender : *

Age :

Dept :

Bed No :

HR : 64 bpm

PR : 278 ms

QRS : 98 ms

QT/QTc : 392/399 ms

P/QRS/T : 100/17/24 °

RV5/SV1 : 0.214/0.162 mv

RV5+SV1 : 0.376 mv

Interpretations :

Abnormal ECG

Atrial fibrillation

--- Interpretation made without knowing patient's gender/age ---

Possible anterior infarct - age undetermined

Lateral T wave abnormality

~ is nonspecific

Low QRS voltages in precordial leads

Confirm and sign:

Printing time : 2023-02-02 16:15:51

