

## 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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° W21-774633

AS6409

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 09548			
Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Fallah Benhadj			
Date de naissance : 01/01/1948			
Adresse : 18 Rue Dr Benk ar-Ramana 10600			
Tél. : 0522 24 50 07 Total des frais engagés : 1189 Dhs			

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Docteur AYOUNI Hassan Cardiologue - Berchid 200, Rue Ibn Rochd - Casablanca Tél. : 022.32.65.84 Horaires : 10 à 15 heure			
Date de consultation : 28/10/2023			
Nom et prénom du malade : ENNAHIB NAHIM Age :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HT			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 06 AVR 2023			
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

Signature de l'adhérent(e)

Le : 04/10/2023

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL AYSSAN 15/03/2023	28/03/23	300.20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

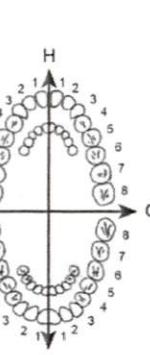
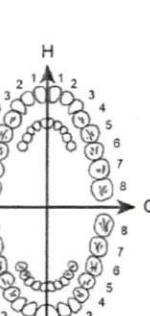
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

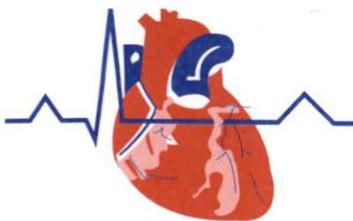
### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				Coefficient des travaux <input type="text"/>															
				Montants des soins <input type="text"/>															
				Début d'exécution <input type="text"/>															
				Fin d'exécution <input type="text"/>															
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></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 colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		35533411	11433553	G			Coefficient des travaux <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D																	
B																			
35533411		11433553																	
G																			
				Montants des soins <input type="text"/>															
				Date du devis <input type="text"/>															
			Date de l'exécution <input type="text"/>																
[Création, remont, adjonction]																			
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور حسن الأيوبي  
Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب والشرايين وارتفاع الضغط  
و الدورة الدموية - الشخص بالصدر و المولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires  
Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

12803 / 2023

Mr. Sattah Brahim

Coveran (0110) (03)

294,00 x 3

882,00

Dr. AYOUBI HASSAN  
Pharmacie AL AMAL  
Tél: 0522333896  
Hôpital Militaire EL GARA  
Dr. AYOUBI HASSAN

DR AYOUBI HASSAN  
CARDIOLOGUE  
80 Rue Ibn Rochd  
Berrechid

HT: 7 heure 30 min  
Tél: 05 22 32 65 84

HORAIRE : 07h30 - 14h00  
VENDREDI : 07h30 - 12h00

80, زنقة ابن رشد - برشيد - الهاتف : 05 22 32 65 84  
80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél.: 05 22 32 65 84  
المستعجلات : 06 72 12 00 82

# ECG

Dr AYOUBI Hassan

80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

NOM:FALLAH BRAHIM

ID :191/21

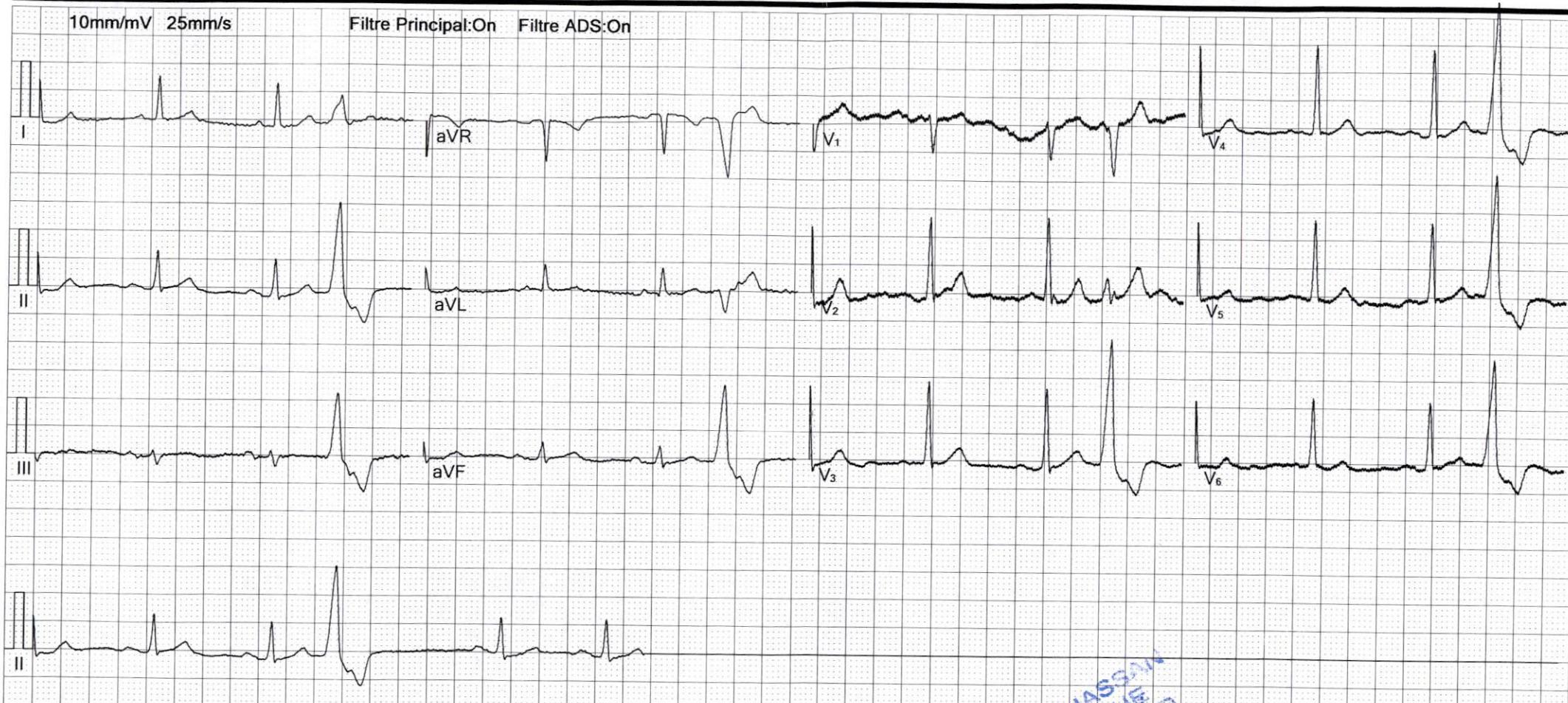
Genre :Homme

Age :72

DDN :01-01-1949

Date Test :28-03-2023 15:19

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr AYOUBI Hassan



Fréquence : 1000 Hz      Interval.QT : 541 ms  
Durée ECG : 5 s      Interval.QTc : 597 ms  
FC : 73 bpm      Axe P : -170.6°  
Durée P : 159 ms      Axe QRS : 53.5°  
Durée QRS : 114 ms      Axe T : 21.5°  
Durée T : 397 ms      RV5/SV1: 1.55/0.00mV  
Interval.PQ : 270 ms      RV5+SV1: 1.55mV

Suggestion:

DR AYOUBI HASSAN  
CARDIOLOGIE  
80Rue IBN ROCHD  
Berchid  
HT : 7 h 30 min  
Tél : 05 22 30 22 22

Signature Médecin: