

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 17

- 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 :

- Correspondance 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



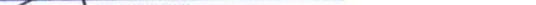
Déclaration de Maladie

Nº W21-827881

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 7815 | Société : | RAN |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | 188000 |
| Nom & Prénom : FREJ YOUSSEF | | | |
| Date de naissance : 10/11/68 | | | |
| Adresse : 3 Rue Abu AYUB ANSARI RABAT | | | |
| Tél. : | 0661181802 | Total des frais engagés : | 1250 |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | |
|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | Docteur LEB Cardiologue 61, Av. Fal Ouled Oumeln, N° 4 Agdal - Rabat TÉL: 05 37 88 11 11 |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : | 15/11/2023 |
| Nom et prénom du malade : | FRÉJIANEOUN |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie : | Maladie circulatoire |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : | MUPRAS |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous p/confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. | 27 DEC 2023 |

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 : **RABAT** le **15/11/2023**
Signature de l'adhérent(e) : 

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/11/15 | CS, EIG | 1 | 350 DH | INP : 101093516 |
| | ETT | 1 | 900 DH | Docteur LEBBAR Adil Cardiologue Pal Oued Oulmair, N° 4 61, Av. Pal Oued Oulmair, Agdal - Rabat Tél : 05 27 22 22 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

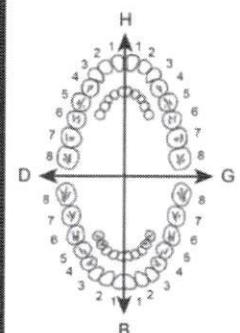
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

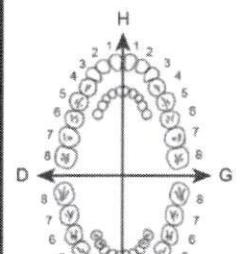
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

CENTRE DE CARDIOLOGIE

Adultes



Enfants

Délégué LEBBAR Adil
Cardiologue
61, Av. Fal Ouled Oumeir, N° 4
Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 68 14 14

Rabat, le...../...../.....

FREJ MAMOUN

→ C. + ECG

→ Ech Doppler cardiaque

~~Délégué LEBBAR Adil
Cardiologue
61, Av. Fal Ouled Oumeir, N° 4
Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 68 14 14~~



CENTRE DE CARDIOLOGIE

Adultes - Enfants

Rabat, le : **15/11/2023**

Médecin Traitant : Dr. LEBBAR

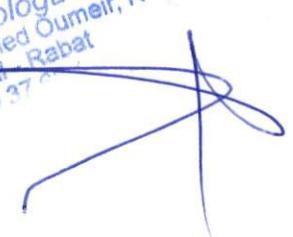
ATTESTATION D'HONORAIRE D'ENFANT FREJ MAMOUN

| LIBELLE | QTE | PRIX.U | MONTANT |
|------------------------|------------|---------------|-----------------|
| Cs+ECG | 1 | 350 DH | 350 DH |
| Echo Doppler cardiaque | 1 | 900 DH | 900 DH |
| TOTAL | | | 1 250 DH |

Arrêté à la somme de : Mille deux cent cinquante Dirhams.

Signé : Dr. A. LEBBAR

Dr. LEBBAR Adil
Cardiologue
61, Av. Fal Ouled Oumeir, N° 4
Agdal, Rabat
Tél.: 05 37 22 22 22





Rabat, le : **15/11/2023**

ECHO CARDIOGRAPHIE TRANS-THORACIQUE

***Nom : FREJ
Prénom : MAMOUN***

***Date d'examen : 15/11/2023
Médecin traitant : Dr LEBBAR***

Résultats :

- Il existe deux oreillettes et deux ventricules
- Bonne concordance auriculo-ventriculaire et ventriculo-
artérielle
- SIA et SIV intacts
- Pas de PCA
- Pas de coarctation de l aorte
- Pas d'obstacle à l éjection des deux ventricules.
- Pas de valvulopathie obstructive ni fuyante
- Cavités cardiaques de taille normale.
- Bonne fonction systolique globale de VG (FE = 75%).
- Pas d'hypertrophie du VG (DTD SIV = 06mm, DTD PP = 6mm).

- Pas d'épanchement péricardique.
- Pas d'autre anomalie

Conclusion :

- Examen écho- Doppler cardiaque est normal en particulier pas d'anomalie congénitale et bonne fonction systolique du VG

Signe : Dr. AS LEBBAR

Docteur LEBBAR Adil
61, AV. Fai Oulehla
Agdal, Casablanca, Maroc, N°4