

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

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.

## Pathologie 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.

## Education :

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.

## Prothésiste :

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00818 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JENNATE ITALIKA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-038707

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

## adiologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## aire :

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.

## ie 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

clamation : contact@mupras.com  
se en charge : pec@mupras.com  
ésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

## Déclaration de Maladie : N° P19-0001948

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0818 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mme JEANNATE

Date de naissance : 12-06-49

Adresse :

Tél. : 0655568988 Total des frais engagés : 144.1056,50 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

03 SEP. 2019

Docteur Hassan JAMMI  
CARDIOLOGUE  
20, Rue Oumaima SAVAT  
Bd. Al Massira Al Khadra, Casablanca  
Tél.: 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79  
INP. 091080218

Date de consultation : 29 AOUT 2019

Nom et prénom du malade : JANNATE Malika

Age: 69

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hyp

Dyslipidémie

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 : CASA

Le : 02/09/19

Signature de l'adhérent(e) :

El

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	 <p><b>AMRANI M'Hamed</b> Montant de la Facture SAAD</p> <p>44, Bis Bd. Abderaham Bouabid Jerrada - Oasis - CASA</p> <p>Pharmacie SAAD</p> <p>AMRANI M'Hamed</p> <p>44, Bis Bd. Abderaham Bouabid (Ex. Jerrada) - Oasis - CASA</p> <p>Tel: 05.22.25.34.33</p> <p>856,50</p>
--	------	--

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{c c}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  B & 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $			Coefficient des travaux
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

40 hu

# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Résidence Star Youness , Rue Oumaima Sayeh, N°20, 2ème étage, App. N°6  
Boulevard Al Massira Al Khadra , Quartier Racine - Casablanca 20000

## الدكتور جس جم

## أمراض القلب والشرايين

**Dr. Hassan JAMMI**  
**CARDIOLOGUE**

Diplômé de l'Université de Nice - Sophia Antipolis  
Ex. Assistant spécialiste des Hélicoptères de France

Ex. Assistant spécialiste  
des Hôpitaux de France

AMRANI M'hamed  
Jacine SAAD  
Abderahim Bridal  
Aasas - CAS  
M.C. 90 x 3  
(Ex. TAI)

$$24.40 \times 3$$

AMRANI M'Hamed  
Pharmacie SAAD  
44, Bis Bd. Abderrahim Bouabid  
Casablanca - Maroc  
AMRANI M'Hamed  
Pharmacie SAAD  
44, Bd. Abderrahim Bouabid  
(Ex. Jemaa el Fna)

611 800110202 0  
Levothyrox® 100 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH  
101 : 05 22 59 31 01  
Fax : 05 22 36 79 35

7862160334

856.80

Docteur Hassan JAMMI  
CARDIOLOGUE  
20, Rue Oumaima SAYAH  
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa  
Tél.: 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 3  
INP : 091000218

PPV : 6,80 DH

PPV: 6,  
3  
g.  
B/20

145,90

145,90

145,90

14590

26 AOUT 2019

## \* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O  
PPV 162DH60

NEBILLET® 5mg  
28 comprimés C  
PPV 162DH60

PPV : 6,80 DH

COOPER PHARM

PPV : 6,80 DH



# JANNATE MALIKA

Date Examen: 26/08/2019 12:25:55

Dr. Jammi Hassan, CardioPoint

TD 13.07.5  
TD 13  
TD

HR	64/min	P	126ms	Axe P	60°
RR	938ms	PQ	192ms	Axe QRS	58°
TA		QRS	100ms	Axe T	52°

(\* Non confirmé par le médecin)  
\*RYTHME SINUSAL  
\*ELARGISSEMENT ONDE P  
\*POSSIBILITE D'HYPERTROPHIE DE AURICULAIRE GAUCHE  
\*ECG A LA LIMITE DU NORMAL

