

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

Consignes 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.

Une demande préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, interventions multiples, parodontologie 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.

Prescription :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

En l'absence des médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Analyses 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.

Le pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la Mutuelle.

En cas :

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

Préambule :

Une demande préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de consultations.

En l'absence du remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèses :

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.

Le 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

Information : contact@mupras.com

Personne 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.

Siège : 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



DECLARATION DE MALADIE

N° W19-410400

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1439 Société : EXRAM (Retraite)

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HARBOUZE Ahmed

Date de naissance : 16/12/1952

Adresse : 24 Route Ouled Elach Agn 14 Casablanca

Tél : 0661885624

Total des frais engagés : 0,00

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 : HTA + Diabète

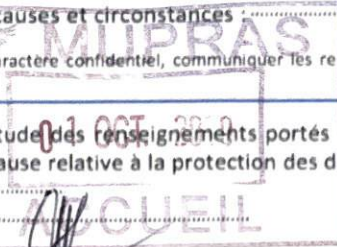
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : Casablanca Le : 21 / 01 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Les	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/09/19	5+ECG			INP : 001834583 Dr. Anass INCHAOUH CARDIOLOGUE 319, 1er étage bd Lalla Asmaa, Sidi Moumen - Casablanca Tél: 0522 719782 / 0670559597 E-mail: a.inchaouh@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Net du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/19	16360
	21/09/19	49080

Net et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/09/19		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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'ODI

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

- 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



الدكتور أنس إنشاؤه

اختصاصي أمراض القلب والشرابين

- 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 سالتريير بباريس - فرنسا
- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بليجا - بلجيكا

وصفة طبية

ORDONNANCE

CASABLANCA, LE

21/09/2019

الدار البيضاء، بتاريخ

Mr HARBOUZE AHMED

coirbesar sun 300/25
1cp/j pendant 1 mois



١٦٣,٦٠



319, 1^{er} étage, bd. Lalla Asmaa, Sidi Moumen, Casablanca
Tél. : 0522 71 97 82 | Email : a.inchaouh@gmail.com

Dr. Anass INCHAOUH

CARDIOLOGUE

- 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



الدكتور أنس إنشاؤه

اختصاصي أمراض القلب والشرابين

- دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بورجو - فرنسا
- دبلوم أمراض القلب للأطفال و الرضع من جامعة ديكرات
- بباريس - فرنسا
- دبلوم للموجات فوق الصوتية الوعائية من جامعة السوربون
- بباريس - فرنسا
- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي سالتريير بباريس - فرنسا
- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بلياج - بلجيكا

وصفة طبية

ORDONNANCE

CASABLANCA, LE

21/09/2019

الدار البيضاء، بتاريخ

Mr HARBOUZE AHMED

16360 x3
coirbesar sun 300/25
1cp/j pendant 3 mois



PHARMACIE DU SOLEIL
43, Rue Mohamed Dioury
CASABLANCA
Tél.: 05 22 71 97 82

Dr. Anass INCHAOUH
CARDIOLOGUE
319, 1er étage, bd Lalla Asmaa,
Sidi Moumen, Casablanca
Tél.: 0522 71 97 82 / 06/0559597
E-mail: a.inchaouh@gmail.com

319, 1^{er} étage, bd. Lalla Asmaa, Sidi Moumen, Casablanca
Tél. : 0522 71 97 82 | Email : a.inchaouh@gmail.com

T.A: 157/99

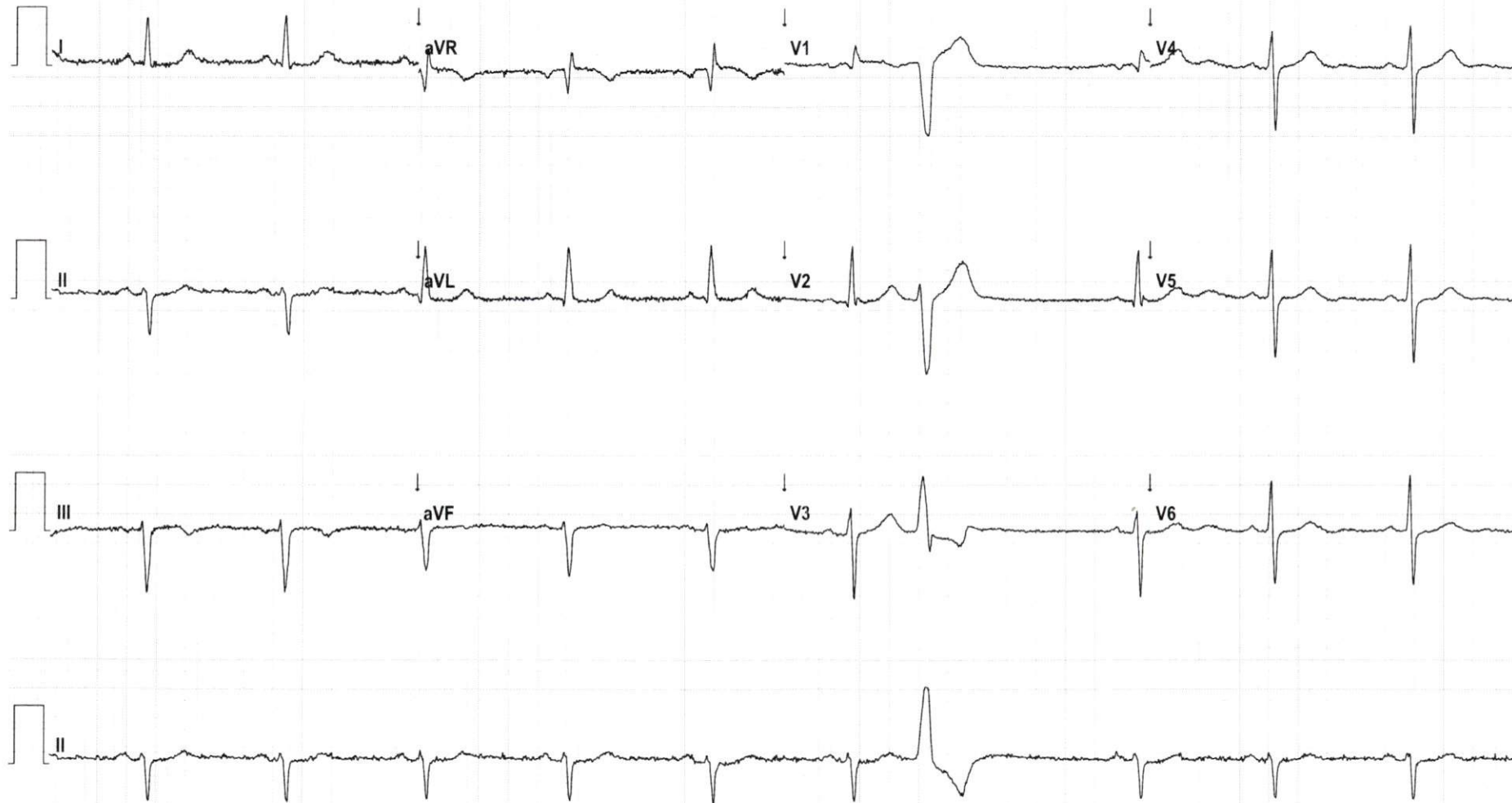
Harbouze, Ahmed
ID:
D-naiss: 01-Jan-1952
67ans,

21-Sep-2019 13:41:19

Fréq.Card: 62 BPM
Int PR: 166 ms
Dur.QRS: 99 ms
QT/QTc: 395 / 400 ms
Axes P-R-T: 20 -56 10

RYTHME SINUSAL AVEC DE RARES EXTRA-SYSTOLES VENTRICULAIRES
BLOC DE BRANCHE INCOMPLET DROIT [QRS A +90 ms, RR' EN V1/V2, S DE +40 ms D1/V4/V5/V6]
HEMIBLOC ANTERIEUR GAUCHE [AXE QRS <= -45, QR EN D1, RS EN D2]
SOUS DECALAGE DE ST LIMITE [DE 0,025+ mV]
ECG ANORMAL

Non confirmé



Harbouze, Ahmed
ID:
D-naiss: 01-Jan-1952
67ans,

21-Sep-2019 13:41:19

Fréq.Card: 62 BPM
Int PR: 166 ms
Dur.QRS: 99 ms
QT/QTc: 395 / 400 ms
Axes P-R-T: 20 -56 10

RYTHME SINUSAL AVEC DE RARES EXTRASYSTOLES VENTRICULAIRES
BLOC DE BRANCHE INCOMPLET DROIT [QRS A +90 ms, RR' EN V1/V2, S DE +40 ms D1/V4/V5/V6]
HEMIBLOC ANTERIEUR GAUCHE [AXE QRS <= -45, QR EN D1, RS EN D2]
SOUS DECALAGE DE ST LIMITE [DE 0,025+ mV]
ECG ANORMAL

Non confirmé

