

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.

Biologie 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.

Educateur :

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.

Prothèse :

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.

SIAS : 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° P19-0030570

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12653 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : —

Nom & Prénom : HANSOUR Amos

Date de naissance : 26/02/1988

Adresse : Jnane California Imen Yacout 2 Appt 3 Ain
Chok Casablanca

Tél. : 0655358164 Total des frais engagés : 1050,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 / 08 / 2019

Nom et prénom du malade : EL OUALI Imane Age : 33

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : LS Cardiaque

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 : 29 / 08 / 2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET

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
29/08/19	C.S. + 100		250,00 DH	
24/08/19	B. H. + 100		700,00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

AM

PC

IM

IV

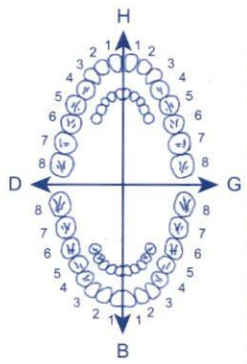
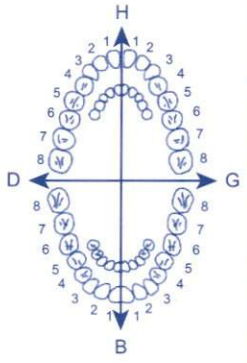
Montant détaillé des Honoraires

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 d

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																	
	<table> <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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
 RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE
 CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء
 INPE : 091035972

CASABLANCA, LE 28/08/13



091035972

الدكتورة نوال بويه
Docteur Nawal BOUIH
 اختصاصية في العلاج بالأشعة
RADIO-ONCOLOGUE

Cher - onfrère ,

Permettez - le de nos adresser Tpe El Oual
 Imare, 32es, qd va guir me
 chathérapie a box de ravans
 et anthracyclie .

Juss le café pr son ecbaen de
 référence ains qu'il ECG.
 Tr cordiale

Dr N. BOUIH
 Radio - Oncologue
 INP : 09 035972
 Centre Al Kindy - Casablanca

www.centreakindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centreakindy.ma | Patente : 35806396 | I.F : 01002283 | CNSS : 2026913 | ICE : 000 205 043 0000 17

المقر الرئيسي : 2 و 4 ، زنقة يوسف الكندي ، شارع بن سينا ، الدار البيضاء ، مغارب ، المغرب 20370 - Casablanca Maârif - Bd. Ibn Sina -

Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy -
 Accueil Général : +212 520 48 72 00 / 01
 : +212 522 39 33 33
 Fax : +212 522 39 37 34

Secrétariat Radiothérapie : +212 520 48 72 02
 Secrétariat Consultation Médicale : +212 520 48 72 03
 Service Prise en charge et Devis : +212 520 48 72 04

Service Facturation : +212 520 48 72 07
 Service Caisse : +212 520 48 72 09
 Service Pharmacie : +212 520 48 72 20

Cabinet d'Exploration Cardio-Vasculaires
Dr Chahi Abdelghani

Casablanca le : 29/08/13

Note d'honoraires

Nom : EL CHALI IMANE
Examen : Ech-Doppler cardiaque
Montant : (800,000H)

Angle Bd Panoramique et Bd 2 Mars Andalous 3 Rue 14 N°1-1^{er} étage Casablanca
Tél/Fax : 0522520505-0808394998 - Email : dr.chahi@yahoo.fr

المختبر شافي عبد الغني
أمراض القلب والأوعية الدموية
Dr CHAHY Abdelghani
Modèle de cœur et de vaisseaux
Angle Bd Panoramique et Bd 2 Mars Andalous
3 Rue 14 N°1-1^{er} étage Casablanca

Cabinet d'Explorations Cardio-Vasculaires

Dr Chahi Abdelghani

Casablanca le :29/08/19

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

Nom : El ,Ouali Imane

-Aorte : 26 mm Oreillette gauche : 28 mm Surface : 09 OG : cm2
OD : cm2

- Ventricule gauche :

* Diastole : 38 mm

*Sept : 07 mm

*Syst : 25 mm

*Paroi Post : 09 mm

FE : 64 %

Rac : %

COMMENTAIRES :

- Ventricule gauche de taille normale . Parois non épaissies . Cinétique globale et régionale normale .Fonction VG normale . Pressions de remplissage basses.
- Oreillette gauche non dilatée.
- Valves mitrales normales.
- Sigmoïdes Aortiques normales.
- Cavités droites non dilatées ;VD de fonction normale
- PAP systolique : mm Hg
- Péricarde R.A.S.
- V.C.I. non dilatée compliant .
- Aorte ascendante R.A.S.

CONCLUSION

VG de taille et fonction normales.

Cavités cardiaques non dilatées.

Pas de valvulopathies.

Pressions pulmonaires normales.

الدكتور شادي خاوي
أخصائي القلب والأوعية الدموية
Dr Chahi Abdelghani
12, Bd 2 Mars Andalous
Casablanca
Tél : 05 22 57 15 07