

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0014426

 Maladie Dentaire Optique Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3916 Société : R.A.M

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAYAB Abdelmajid Date de naissance : 04/02/1953

Adresse :

Tél. : 62.0747429 Total des frais engagés : 1795.80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/08/19

Nom et prénom du malade : TAYAB Abdelmajid Age :

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : CND ischémique

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 :

Signature de l'adhérent(e) : E.Z.Z

Le : 18 OCT. 2019



## 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| Ag-8-13         | 1B                | K16                   | 2150                            | Dr. Hosni S. RIOU<br>Cardiologue<br>ologie et Soins Intensifs<br>20 Rue de l'Orangerie<br>CS 99007 06-10400<br>Téléphone : 03 88 22 00 00 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                             | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DES HALLES<br>Mme BOUDIN 1 DIOUR LATI<br>10522 24 61 128 | 19/18/19 | 1540.80               |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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'ostéodensitométrie.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

The diagram shows a 16x16 grid of nodes arranged in a spiral pattern. The nodes are numbered from 1 to 256. The grid is centered at node 1 (top). The horizontal axis is labeled D (left) and G (right), and the vertical axis is labeled H (up) and B (down).

#### **[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



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس  
**CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis**  
 Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle  
 Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique  
 Coro-Scanner / VCT 64 barettes

**CARDIOLOGUES**

Dr. Jihane EL JAOUHARI  
 Dr. Karim BENJELLOUN  
 Dr. Abdellatif DARIF  
 Dr. Naima MAAROUI  
 Dr. Hosni SEFRIOUI

PPV 22DH40  
 EXP 06/2021  
 LOT 94026 3

PPV 22DH40  
 EXP 06/2021  
 LOT 94026 3

PPV 22DH40  
 EXP 06/2021  
 LOT 94026 3

Maphar  
 Km 10, Route Côtier 111,  
 Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
 Crestor 10mg cp pell b30  
 P.P.V : 243,00 DH

Maphar  
 Km 10, Route Côtier 111,  
 Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
 Crestor 10mg cp pell b30  
 P.P.V : 243,00 DH

Maphar  
 Km 10, Route Côtier 111,  
 Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
 Crestor 10mg cp pell b30  
 P.P.V : 243,00 DH  
 6 118001 180111

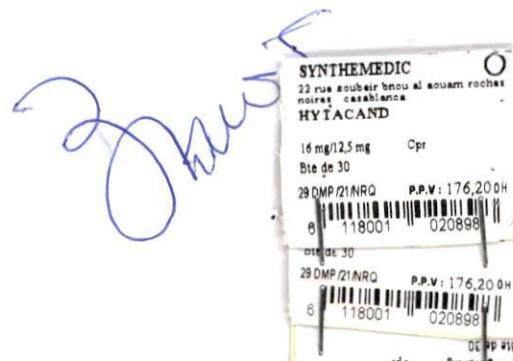
M.TAYAB Abdelmajid S

19-8-18



Detensiel 10  
 72x3 Kep 2f  
 Mytocon 16  
 176,20 x3 1cp gels  
 Askardil 10  
 244,00 x3 1cp  
 Cefalexin  
 243,00 x3 1cp  
 Relexium  
 ja  
 1540,80

Dr. Hosni SEFRIOUI  
 Cardiologue  
 Cardiologie et Soins Intensifs



ID:  
D-naiss  
ans,

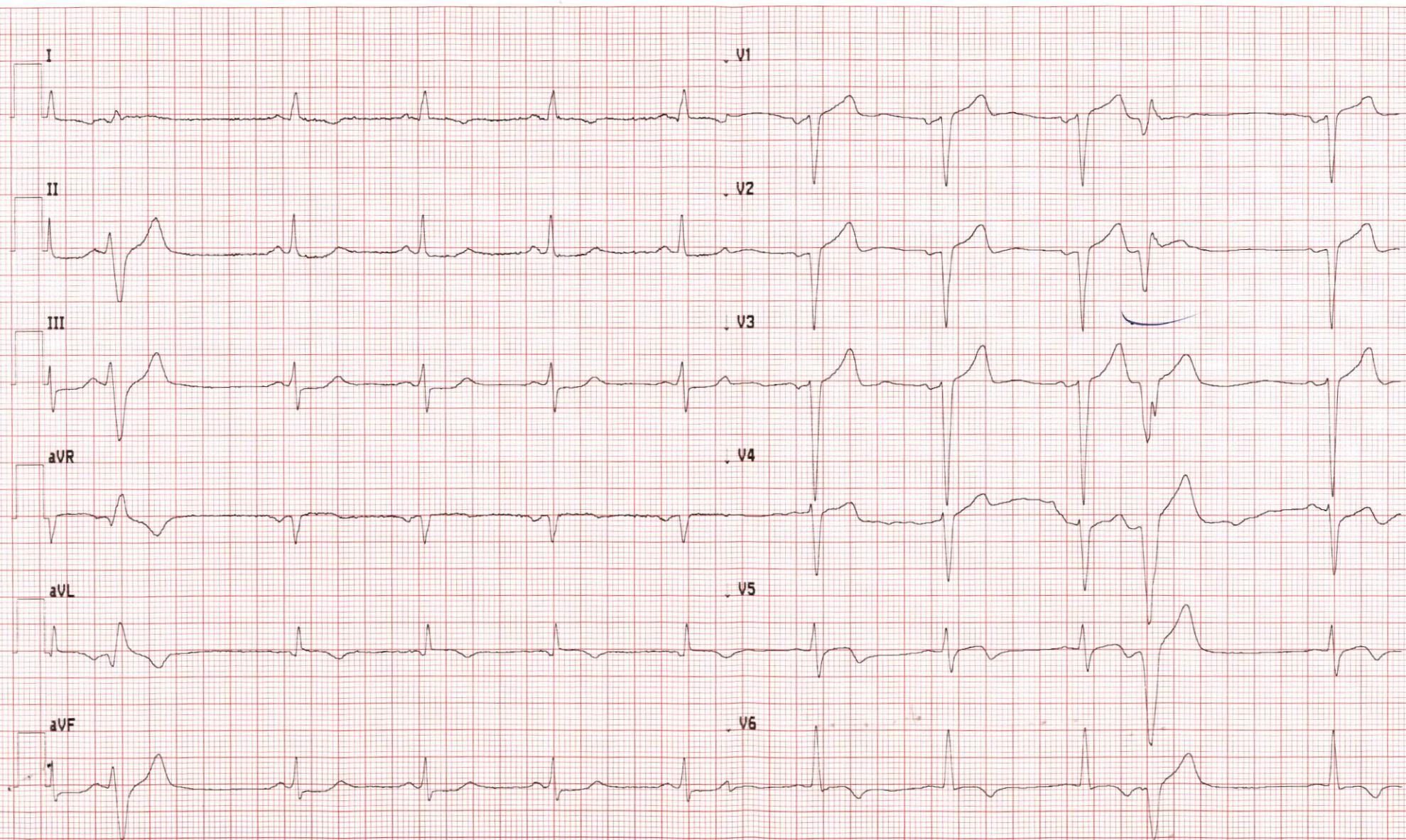
19-Aou-2019 10:54:10

Fréq. Card. 60 BPM  
Int PR 113 ms  
Dur.QRS 106 ms  
QT/QTc 402/402 ms  
Axes P-R-T 52 36 123  
RR moyen 998 ms  
QTcB 402 ms  
QTcF 402 ms

TA

1316

clinique  
cardiologie  
casaoasis  
Site # 0 App.# 0 Version 1.13.01 Séquence #23922 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz  
36.475



**valable 3 mois**

Le 19 / 08 / 2015

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. Hosni SEFRIOUT  
Cardiologue  
et Soins Intensifs

Certifie que Mlle, Mme, M. :

TAYAB Abdelmajid

Présente

Cardiologue

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

