

# 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.

## 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 :

- L'ordonnance 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 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

Code réservé à l'adhérent (e)

1206

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TAKI Abderrahmane

Date de naissance :

1942

Adresse :

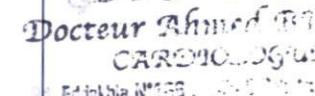
N 15 Rue E DEROUAT

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

05/02/2010

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie :

DNA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

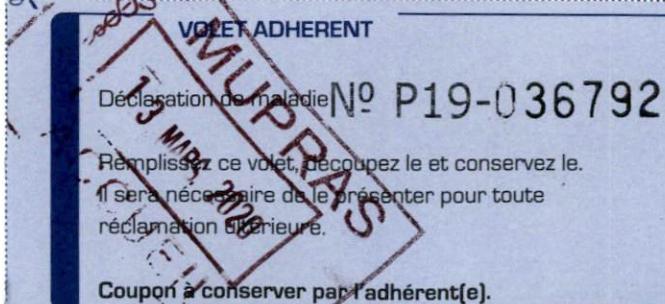
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Matricule : 1206

Nom de l'adhérent(e) : TAKI

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
des s	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
	cur	reste	300m	DR. GENEVIEVE BOURGEOIS 10/01/2019

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Nom du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/02/2020	177,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Chet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### VOLET ADHERENT

separ.

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

## **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'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

The diagram illustrates the H-B-D-H system. It features two horizontal rows of circles representing atoms. The top row contains circles labeled 1 through 8 from left to right. The bottom row contains circles labeled 1 through 8 from right to left. A central vertical column of circles is labeled 1 through 8 from top to bottom. Horizontal lines connect adjacent circles in each row, and vertical lines connect the top and bottom circles in each column. Additionally, diagonal lines connect circles in a zigzag pattern across the rows and columns.

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

## *Docteur Ahmed BIDANI*

## CARDIOLOGUE

Spécialiste des Maladies du coeur - Vaisseaux

Circulation Sanguine

Hypertension Artérielle - Éléctrocardiographie

## Holter ECG - Holter - Tensionnel (MAPA)

## Echo Doppler Couleur Cardiaque

الدكتور أحمد بيداني

الطب الكندي

الشرايين - الدورة الدموية

#### **ارتفاع الضغط الدموي**

بـ الأمواج ما فوـةـ

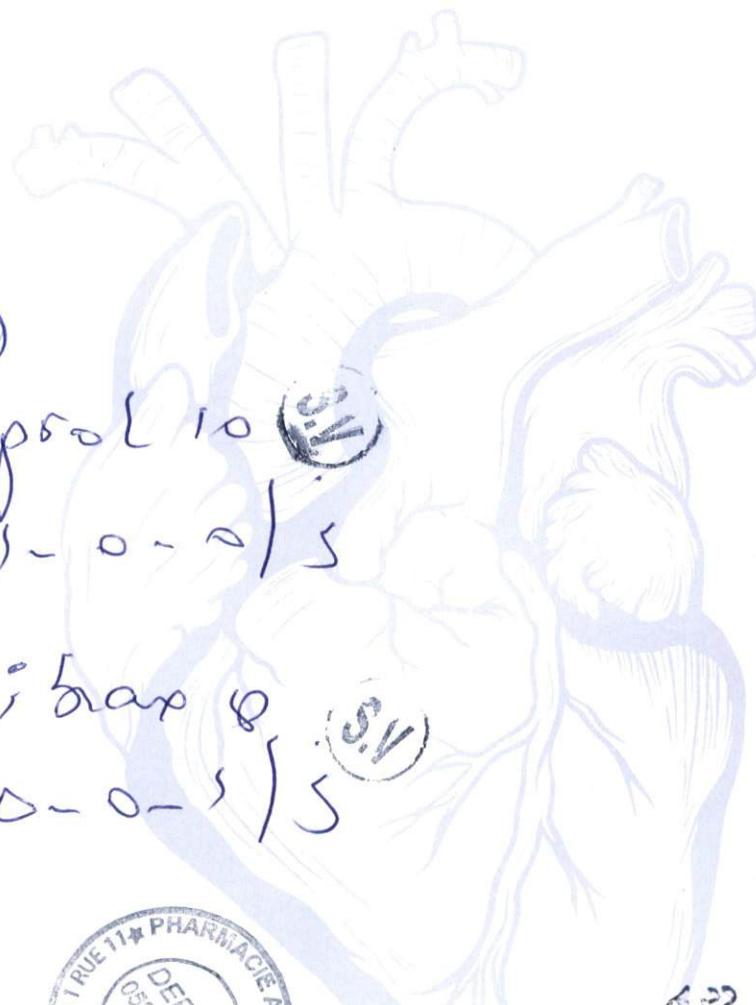
و الدليل بالله ان

وادی برباد

الدار البيضاء في : ٠٥ ٠٢ ٢٠٢٠ Casablanca, Le :

1- DARDARI. ma ma. Father

Jas. M.



07-19 0924  
P.P.V. 670H80 /  
**67,80**

071819 0924  
P&V 67DHSO  
**67,80**

LÖT:19154 PER:11/2022  
PPV: 21.00 DH

LOT:19154 PER:11/2022  
PPU:21.00 DH



دكتور فتحي  
Doctor Ahmed FATHI  
CARDIOLOGUE  
Medical Center Jeddah - Saudi Arabia

0604.226

*ECG*

NOM:MAMA DARDARI

ID :M0259.29

Genre :Femme Age :67 DOB :01-01-1953  
Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr Ahmed BIDANI

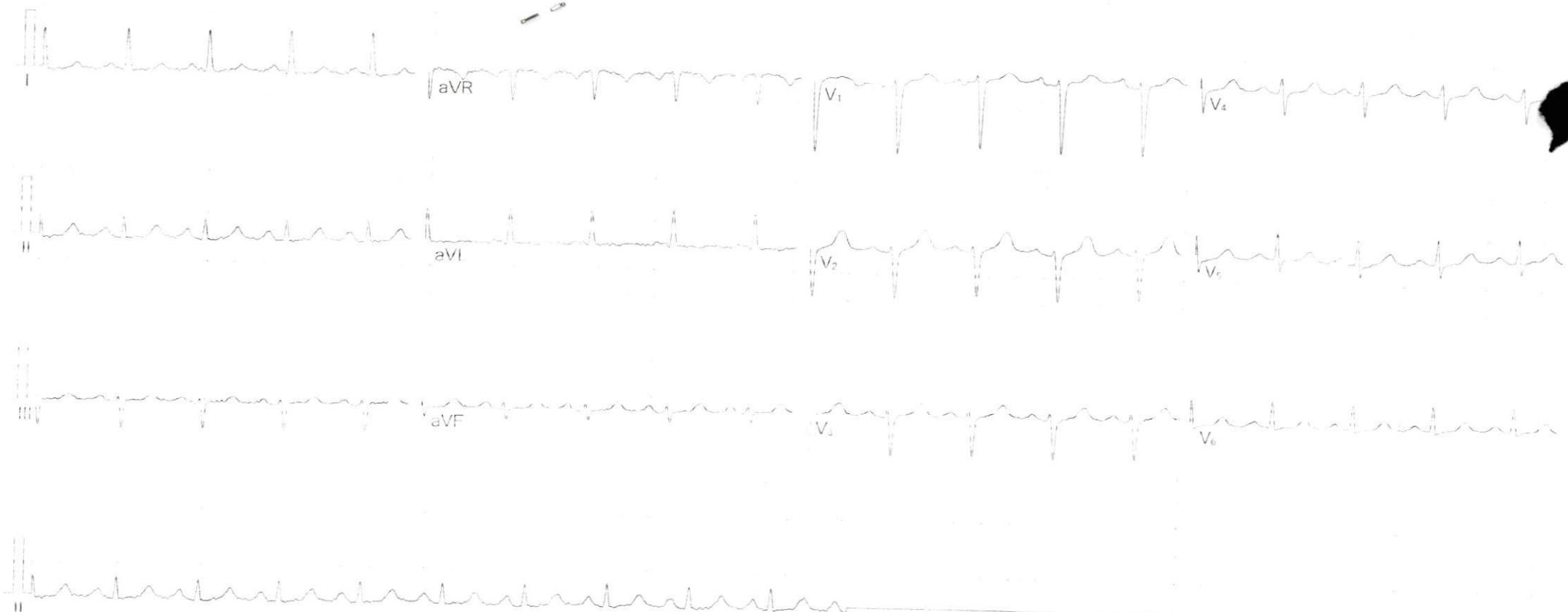
Dr Ahmed BIDANI

BD DAKHLA SBATA N166 CASABLANCA

Date of Test :05-02-2020 09:20

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence : 1000 Hz Intervalle QT : 364 ms  
Durée Echantillon : 6 s Intervalle QTc : 474 ms  
FC : 102 bpm Axe P : 50.0°  
Durée P : 118 ms Axe QRS : -0.5°  
Durée QRS : 72 ms Axe T : 67.7°  
Durée T : 262 ms RV5/SV1: 0.47/1.22mV  
PQ Interval : 169 ms RV5+SV1: 1.68mV

Suggestion :

Signature Médecin: