

# 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.

## Educations :

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.

## Maladie chronique :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0044012

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 696 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BAABI M'hamed  
Date de naissance : 01.01.1942  
Adresse : Hay AL INARA I B9 Tichka 17050  
Tél. : 05 22 21 0500 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29 AVR 2020  
Nom et prénom du malade : BAABI M'hamed Age : 78 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Cardiopathie 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) : Le : 06/05/2020

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-044012


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 : 696  
Nom de l'adhérent(e) : BAABI  
Total des frais engagés : 233,50  
Date de dépôt : 06.05.2020



# 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 AVR 2020	5-1-ELG		300 Dir	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/04/20	633,60

# 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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# VOLET ADHERENT

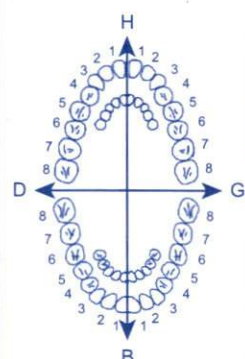
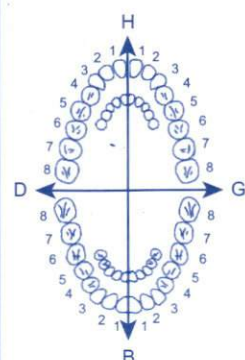
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# DOCTEUR Rachid JOUNDY

## Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Echo-doppler Couleur Cardio-Vasculaire  
Holter Tensionnel et Rythmique  
Epreuve d'Effort

Sur Rendez-vous



## الدكتور رشيد جندي

### إختصاصي في أمراض القلب والشرابين

فحص القلب والشرابين بالصدى والدوبلير  
الهولتر - تخطيط القلب  
أثناء المجهود

بالموعود

Casablanca, le : .....

29/04/2020

BAABI MHAMMED

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg

P.P.V: 57DH70  
LOT: B23055  
EXP: 10.2021

- Coplavix 75mg/100mg  
1 Comprimé, matin, pendant , 3 mo

- Aldactone 50 mg  
1 Comprimé, midi, pendant , 3 mois

- Torva 10 mg  
1 Comprimé, soir, pendant , 3 mois

- Digoxine nativelle 0,25 mg  
1/2 Comprimé, matin, pendant , 3 m

- Novortan 150 mg  
1 Comprimé, matin, pendant , 3 m

LOT: 1084  
PER: 09/21  
PPV: 57,80

6 118001 040177  
DIGOXINE 0,25 mg  
(Digoxine)  
30 comprimés  
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

LOT: 2240  
PER: 01/22  
PPV: 116,00

- Visentiel  
1 Comprimé, matin, pendant , 20 jours

- Juvamine  
1 Amp, matin, pendant , 10 jours

19364 0722

LOT PER  
Prix 99,00

417, شارع صهيب الرومي - الطابق الأول (أمام مستشفى المنصور) - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء  
417, Bd. Souhaïb Erroumi, 1<sup>er</sup> Etage (en face de l'Hôpital Al Mansour) - Sidi Bernoussi - Casablanca

الهاتف : 05 22.76.86.41 - Tél. - البريد الإلكتروني : cardiologie.joundy@gmail.com



116 696

CABINET DE CARDIOLOGIE ET DES EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE COULEUR

Docteur JOUNDY Rachid  
CARDIOLOGUE

A Casablanca le 25/12/2019

Mr BAABI MHAMMED

- \*Oreillette gauche dilatée libre d'échos en ETT.
- \*Ventricule gauche dilaté à contractilité globale et segmentaire altérée.
- \*Fonction systolique altérée avec FE à 40%.
- \*Pression de remplissage non élevée.
- \*Valves mitrales fines avec insuffisance mitrale minime.
- \*Valves aortiques fines sans fuite ni sténose.
- \*Cavités droites non dilatées.
- \*IT minime sans HTAP.
- \*VCI non dilatée.
- \*Pas d'épanchement péricardique.

CONCLUSION :

- \*Cardiopathie dilatée ischémique avec altération modérée de la fonction VG FE=40%.

**Jr. Rachid JOUNDY**  
**CARDIOLOGUE**  
417, Bd. Souhaib Erroumi  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
T: 020 76 86 41 - GSM: 0661 45 55 8