

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-534397

ND: 32 861

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 2305 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NOURAZIZ NAIMA

Date de naissance : 16/6/52

Adresse : Mutuelle

Tél. : 0660366454 Total des frais engagés : 1100,00

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29 05/2020

Nom et prénom du malade : NOURAZIZ NAIMA Age : 67

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

Nature de la maladie : hypertension

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 29 05 2020

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

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-534397

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....



# 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
29/07/22	3-6-2	3-6-2		INP: 091166983
29/05/22	celte			
	cordée			

# 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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 :

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	INP : <input type="text"/>																					
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

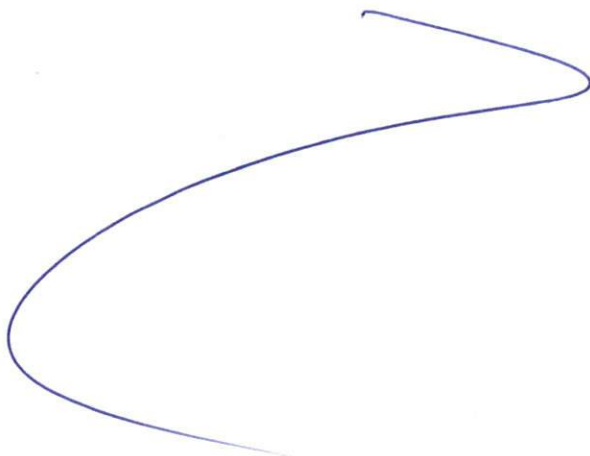
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Casablanca, le : **11/05/2020**

**MME NOURAZIZ NAIMA**

échographie cardiaque

bilan de contrôle de patiente sous herceptin



DR LAABI MOHAMED AMINE

CARDIOLOGUE

RESIDENCE RIBH D ANGLE BD BIR ANZARANE RUE CAID EL ACHTAR  
CASABLANCA.

TEL : 0522992088

NOM : NOURAZIZ NAIMA

DATE: 29/05/2020

### NOTE D'HONORAIRES

Consultation et ecg = 300 DH.

Echographie doppler cardiaque= 800 DH.

Total = mille cent dirhams.

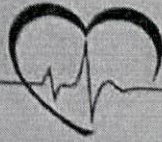
DR. M. A. LAABI  
CARDIOLOGUE  
Rés. RIBH D'ANGLE Bd Bir Anzarane  
Rue Caid Achtab Casablanca  
Quartier Agence INWI  
Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 30 87



CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES  
عيادة فحص وتشخيص امراض القلب والشرابين

Dr Mohamed Amine LAABI

CARDIOLOGUE  
Cardiologie Coronarale et Interventionnelle



الدكتور محمد أمين لعبي

اختصاصي في امراض القلب و الشرايين  
و علاج القلب التداخلي

NOM: NOURAZIZ NAIMA

DATE: 29/05/2020

Cher ami,

Je te remercie de m'avoir adressé Mnd NOURAZIZ NAIMA 69 ans qui est actuellement sous herceptine.

Pas d'antécédents cardiovasculaires connus.

TA = 130/70 mmhg gauche. FC=72 /mn.

Pas d'angor, dyspnée 2-3/4 NYHA habituelle, pas de syncope, pas de palpitations

L'examen cardiaque est sans anomalie significative.

L'ECG s'inscrit en rythme sinusal sans troubles significatifs de la repolarisation. idem référence.

L'ETT révèle une FEVG à 70 % ci-joint CR. Idem référence.

**AU TOTAL : pas d'anomalie cardiovasculaire significative.**

Sincèrement

Dr. M. A. LAABI  
CARDIOLOGUE  
N° 18810111 - 1<sup>er</sup> étage - Quartier Médical - ZIARI  
Rue 11 Achir - 55 12 73 11  
Tél: 05 55 12 73 11 - Email: DrAmineLaabi@gmail.com

Dr Mohamed Amine LAABI - 1<sup>er</sup> étage - Quartier Médical - ZIARI  
Rue 11 Achir - 55 12 73 11 - Email: DrAmineLaabi@gmail.com  
Tél: 05 55 12 73 11



