

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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0051295

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 6184

Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

BELOUNADI RACHID

Date de naissance :

27/11/1959

Adresse :

27, Rue AL BAHAA SENJARI

Tél. : 0661165617

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

-7/17/2023

Nom et prénom du malade :

BELOUNADI Rachid

Age: 65

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bréau préchimio thérapie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent[e] :



Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07-07-2015	No 39	350,-	350,-	Hôpital Universitaire de Caen Dr EL HARRAK Caudry Signature : Dr EL HARRAK Date : 30-07-2015

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 Cœfficients	Montant des Honoraires.
	01.01.23	CTT	500,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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'ODF.

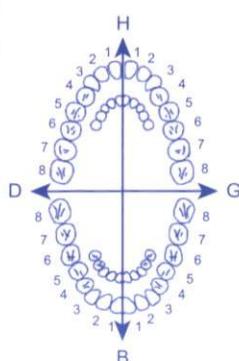
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[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

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

٢٥/١٢/٢٠١٣

Bel ouadi Rachid

EDO

Dr EL HABRAS Matassine
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
041 529 004
041 529 038
041 529 077



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 07/07/2013

Quittance - Paiement espèces 0791833

IPP :

N° D'admission : 2222712232 Montant : 1250.00

Patient : BLOUARD RACHID

Payé par :



Cachet

SERVICE MEDICAL DE CARDIOLOGIE
TEL DIRECT: 0529 050 234

Casablanca le 07/07/2023

Information patient

Nom : BELOUADI RACHID

COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

- VG non dilaté, non hypertrophié
- Pas de trouble de la cinétique segmentaire ni globale.
- Bonne fonction systolique du VG avec
FE VG = 68% SBP, SGL= -24% s'mitrale= 13cm/s MAPSE = 13mm
- Fonction diastolique normale du VG, PRVG normales ce jour.
- Oreillettes non dilatées libres d'échos.
- Valve aortique à 3 cusps fines, pas de fuite ni de sténose.
- Valve mitrale fine, pas de fuite ni de sténose.
- VD non dilaté, la fonction systolique du VD est conservée ($S' = 12\text{cm/s}$).
- IT minime, PAPS= 20+5 mmHg, faible probabilité d'HTP.
- VCI non dilatée et compliant.
- Pericarde sec
- Aorte ascendante non dilatée.

CONCLUSION

Cavité cardiaque de taille et de fonction conservée

(FEVG à 68%, SGL= -24%)

PRVG basses.

Pas de valvulopathies significatives.

Pas d'HTP, VCI non dilatée compliant.

Pericarde sec

Signé: Dr Mahassine EL HARRAS

Hôpital Universitaire International Mohamed VI
Dr EL HARRAS Mahassine
Cardiologie
047782407

HOPITAL CHEIKH KHALIFA ET ZAID

F A C T U R E

N° **94 526 / 2023** du **07/07/2023**

Nom patient : **BELOUADI RACHID**

Entrée **07/07/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **07/07/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION AVEC ELECTROCARDIOGRAMME (E ÉCHOGRAPHIE-DOPPLER TRANSTHORACIQUE DU C	1,00		350,00	350,00
	1,00		900,00	900,00
			Sous-Total	1 250,00
Total Frais Clinique				1 250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	1 250,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
					1 250,00	

