

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-462857

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2033	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	39484
Nom & Prénom : MAX. KEL MOUAMER			
Date de naissance : 25-01-1961			
Adresse : 50 Rue Icar et le Vins - Dakhla - 20100			
Tél. : 06 27 46 86 60 Total des frais engagés : 628,60 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. M. BOUZOUBAA CARDIOLOGUE 16, Bd Ain Taoujoute (en face Clinique Badia) Rés. Hiss. N°6 - Bourgogne - Casablanca Tél. : 05 22 21 20 20 - Fax : 05 22 27 15 12			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : HADRAWE SADIA Age: 1947			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Je suis sous FAK			
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 : Casablanca Le : 10 SEP. 2009

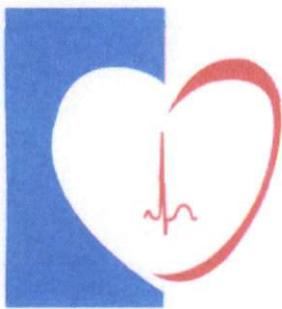
Signature de l'adhérent(e) :


Dr. M. BOUZOUBAA
CARDIOLOGUE
Taoujoute (en face Clinique Badia)
Rés. Hiss. N°6 - Bourgogne - Casablanca
Tél. : 05 22 21 20 20 - Fax : 05 22 27 15 12

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
01/09/2000	Q. ECG	1	300 dh	INP : 11111111111111111111111111111111 Dr. M. BOUZAIUBA CARDIOLOGUE Ain Taourirt en face Clinique Bachir es - Bourgogne - Casablanca 20-21 Fax : 05 22 27 15 15

EXÉCUTION DES ORDONNANCES	
Date	Montant de la Facture
07/09/20	128,60

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						



CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Le 07/09/2020

باسم (النافع)

Mme HADRANE SAADIA

الدكتور محمد بوزباع
أمراض القلب والشرايين

Dr. M. BOUZOUBAA
CARDIOLOGUE

2 ~~295,00~~
1/DIGOXINE 0.25



½ CP / J Matin

6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
(Digoxine),
30 comprimés
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

2 ~~39,30~~
2/ALDACTAZINE

½ CP / J Matin
P.P.V 39,30

6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
(Digoxine),
30 comprimés
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

Echocardiographie Doppler Couleur ~~x~~ 3/LEVOTHYROX 50

Dr. M. BOUZOUBAA
Cardiologue
Société en Pharmacie
13, Bd Aïn Taoujate (en face Clinique Badr)
Rés. ILIAS, N°6 - Bourgogne Casablanca
Tél : 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 15

Dose selon INR

Echo Doppler Veineux et Artériel

~~x~~ 4/SINTROM 4mg

Holter Tensionel

Holter Rythmique

Epreuve d'Effort

Traitement de 3.... Mois

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE.
FAIRE TP + INR / Mois

Urgences Cardiologiques

Dr. M. BOUZOUBAA
CARDIOLOGUE
13, Bd Aïn Taoujate (en face Clinique Badr)
Rés. ILIAS, N°6 - Bourgogne Casablanca
Tél : 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 15

Résultats mesures:

QRS	:		ms
QT/QTcB	:	/	ms
PQ	:		ms
P	:		ms
RR/PP	:	/	ms
P/QRS/T	:	/ /	degrés
QTD/QTcBD	:	ms	
Sokolow	:		mU
NK	:		

Interprétation:

rapport non confirmé

