

# 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.

## Diagnostic 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](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° P19-0042683

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1490 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Bel Abbas Khacil  
 Date de naissance : 1/9/1951  
 Adresse : 635 Rue Gaudin app 8 Casa  
 Tél. : 0662620225 Total des frais engagés : 913,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/12/2019  
 Nom et prénom du malade : BELABBAS KHACIL Age : 1951  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA  
 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 : Casa Le : 30 DEC 2019

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



[illegible]

14/12/19 - Q. ECG	3000hs	 <p>Dr. M. BOUZOUBA          10, Bd. Am Taouat          Res. Ilias N°1 - Bouren tacc          Tel : 05 22 21 20 21</p>
-------------------	--------	---

<p>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</p>	<p>Date</p>	<p>Pharmacie Nzaha El Aoud Docteur en Pharmacie Montant de la Facture 199, bd. Saurdeaux - Casablanca Tél : 05 22 49 21 71 - Fax : 05 22 26 18 14</p>
<p>Pharmacie Nzaha El Aoud Docteur en Pharmacie 199, bd. Saurdeaux - Casablanca Tél : 05 22 49 21 71 - Fax : 05 22 26 18 14</p>	<p>14/12/2015</p>	<p>613,20</p>

[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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

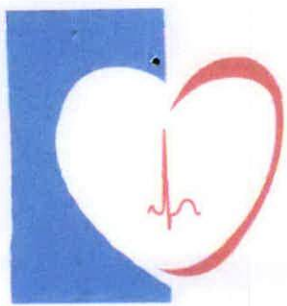
**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>	
		H															
25533412	21433552																
00000000	00000000																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>															
<input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>															
<input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>															
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>	
		H															
25533412	21433552																
00000000	00000000																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>															
<input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>															
<input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>															
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VAS

LOT 190540  
EXP 03/2022  
PPV 97.70DH

LOT 190539  
EXP 03/2022  
PPV 97.70DH

LOT 190539  
EXP 03/2022  
PPV 97.70DH

Le 14/12/2019

Mr BELABBES KHALIL

الدكتور محمد بوزوابع  
أمراض القلب والشرابيين

97,70 x 3

49,40 x 1

1/ AMEP 5



1 CP / J Matin

AMEP

49,40

Dr. M. BOUZOUBAA  
CARDIOLOGUE

120,00 x 2

2/ VEPRAN 150



1 CP / J Soir

129,00

30,70 x 1

3/ KARDEGIC 75

1 S / J Midi

120,00



Traitement de 3... Mois

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE.

613,20

Dr. M. BOUZOUBAA  
CARDIOLOGUE  
13, Bd Aïn Taoujtate (en face Clinique Badr)  
Res Ilias, N°6 - Bourgogne - Casablanca  
Tel : 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 15





Le ...../...../.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

**Dr. M. BOUZOUBAÂ**  
**CARDIOLOGUE**

13, Bd Ain Tsoujtate (en face Clinique Badr)  
Rég. II/15; N°6 - Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 22 27 20 2 8 - Fax : 05 22 27 20 2 9

Certifie que Mlle, Mme, M :

*Belabbès, Khalid*

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de:

*3 mois*

Dont c-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois



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 .

