

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation	: contact@mupras.com
Prise en charge	: pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut	: 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

N°D

14588

Matricule : 1450

Société

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bel Abbes KHAZIC

Date de naissance : 11/01/1951

Adresse : 635 Rue Guelmim appr's Casa

Tél. 0662620225

Total des frais engagés :

913,20

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. BOUZOUBAÂ  
CARDIOLOGUE  
13, Bd Ain Thounjate (en face Clinique Badr  
Rue Hassan N°6 - Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 12

Date de consultation : 14/12/2019

Nom et prénom du malade : Bel Abbes KHAZIC

Age : 1951

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

30 DEC. 2019

Le : 30/12/2019

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) :

(Signature)

## 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
14/12/19	Actes			

EXECUTION DES ORDONNANCES Nezha EL Aoud		Pharmacie
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Docteur en Pharmacie 159, bd. Bourdeaux - Casablanca Tél : 05 22 26 18 21 - Fax : 05 22 26 18 18
141.12.2019		Montant de la Facture
		6.13,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

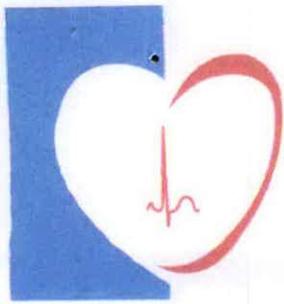
### Important :

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

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			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	
	B			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



الدكتور مصطفى بو زباع  
أمراض القلب والشرايين

Dr. M. BOUZOUBAÂ  
CARDIOLOGUE

Echocardiographie Doppler Couleur

Echo Doppler Veineux et Artériel

Holter Tensionel

Holter Rythmique

Epreuve d'Effort

Urgences Cardiologiques

# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-URS

Le 14/12/2019

Mr BELABBES KHALIL

97,70 x 3

49,40 x 1

1/ AMEP 5



1 CP / J Mati

AM EP

49,40

120,00 x 2

2/ VEPRAN 150



1 CP / J Soir

129,00

30,70 x 1

3/ KARDEGIC 75

1 S / J Mid

120,00



Traitement de 3.... Mois

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

613,20

Dr. M. BOUZOUBAÂ  
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



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 Toubâne (en face Clinique Bada)  
Rés. Ilies N°8 : Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 22 27 20 20 Fax : 05 22 27 14 20

Certifie que Mlle, Mme, M :

*Belabbes B. Hali*

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 .

