

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

- | | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | adhésion@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° W19-462855

N° 88846

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2073	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MARIE MOU AMER			
Date de naissance : 5-1-1964			
Adresse : 50 Rue Idriss S. Jins Al Ghilly Casablanca			
Tél. : 06 77 46 96 60	Total des frais engagés : 167,95 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
<div style="text-align: center;">  Dr. M. BOUZOUBAA CARDIOLOGUE 13, Bd Ain Taoujoute (en face Clinique Badia) Rés. Hnas. N°6 - Bourgogne - Casablanca Tél. : 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 15 </div>			
Date de consultation :	14 JUIN 2020		
Nom et prénom du malade :	IADRAH SAADA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Inconvénient		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sur un autre document 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 : M - 6-2020

Signature de l'adhérent(e) : 



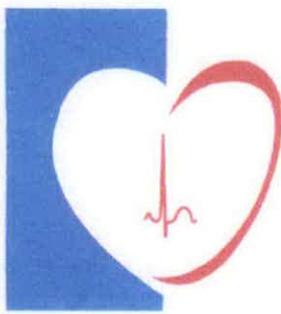
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/06/2020	Q. ECG		300 dh	INP : 1111111111111111 Dr. M. BOUZOUBA CARDIOLOGUE Ain Taoujoute - Eliaze Clinique Badr N°6 - Bourgogne - Casablanca 2020-0-Fay 05 22 27 15
				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
357 AUS GUE macie LILLE	11/01/20	167,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....
.....
.....
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																	
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. PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
	G																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	



CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Le 11/06/2020 باب (النافى)

الدكتور محمد بو زباع
أمراض القلب والشرايين

Dr. M. BOUZOUBAÂ

CARDIOLOGUE

Mme HADRANE SAADIA

2x25,0

2 1/DIGOXINE 0.25

3x39,30

3 2/ALDACTAZINE

167,90

Echocardiographie Doppler Couleur

X 3/LEVOTHYROX 50

P / J Matin



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



P.P.V 39,30 P.P.V 39,30 P.P.V 39,30

1/2 CP / J Matin

ICP / J Matin Avant

Echo Doppler Veineux et Artériel

X 4/SINTROM 4mg

Dose selon INR

Holter Tensionel

Holter Rythmique

Epreuve d'Effort

Urgences Cardiologiques

Traitement de 3.... Mois

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

Dr. M. BOUZOUBAÂ
CARDIOLOGUE
13, Bd Ain Taoujتate (en face Clinique Badr)
Residence 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

