

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **biologie 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.

## **cique :**

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 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**

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 caractére 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)

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : ..... Société : .....

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : 46305, Mr ELKAMOUM Abdelkader

Date de naissance :

08-04-1956

Adresse :

17, Rue Art. Amiri Bourgogne

Tél. :

05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 1313,20 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14/07/2021

Nom et prénom du malade :

ElKamoun, Abdelkader Age: 65 ans

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.

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 : 14/07/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/07/2021      | C ECG             |                       | 300dhs                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 14/07/2021 | 103,10                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

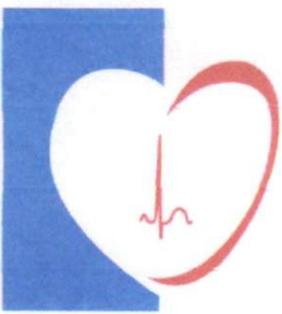
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

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

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Le 14/07/2021

باسم (النافي)

الدكتور محمد بوزباع  
أمراض القلب والشرايين

Dr. M. BOUZOUBAÂ  
*CARDIOLOGUE*

1/ MONOTILDIEM LP 300 1 / J Matin

218,00  
x3

✓✓✓

2/ CARDIO-ASPIRINE 1 CP / J Matin

24,70  
x3

✓✓✓

3/ COVERSYL 5

1 CP / J Soir

92,00  
x3

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Echocardiographie Doppler Couleur

Echo Doppler Veineux et Artériel

Holter Tensionnel

Holter Rythmique

Epreuve d'Effort

Urgences Cardiolologiques

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Mono-Tildiem p300mg  
gelules b28  
P.P.V. : 218,00 DH  
6 118001 081233

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Mono-Tildiem p300mg  
gelules b28  
P.P.V. : 218,00 DH  
6 118001 081233

DR. M. BOUZOUBAÂ  
CARDIOLOGUE  
13, Bd Am Taouiba ten face clinique Badr  
Rés ILIAS N°6 Bourgogne - Casablanca  
Tel : 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 15

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Mono-Tildiem p300mg  
gelules b28  
P.P.V. : 218,00 DH  
6 118001 081233

FT052  
10/2020  
09/2023  
atch:  
Mfg.:  
EXP:

PHARMACIE EDEN  
Houda BENSAID  
Pharmacien  
13, Rue Jaâfar Ibn Habib - Bourgogne  
Casablanca - Tél: 022.49.28.79

92,00

.....ce de Clinique Badr), Résidence ILIAS, apt N°6 Bourgogne  
..... 05 22 27 20 20 – Fax : 05 22 27 15 15 – cardiobouzoubaa@gmail.com

PPV:92,00 DH

PPV:92,00 DH

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

