

# 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 :** NADIA JERROUMI - M<sup>me</sup> BELLATI

- 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : <u>2986</u>	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>TEJDAWI Khaaddauj</u>		
Date de naissance : <u>24/04/52</u>		
Adresse : <u>Hay Rahaia Rue 10 N° 4 My Rachid</u>		
Casablanca		
Tél. <u>06/12 67 42 15</u>	Total des frais engagés :	<u>300DH Cons 150 ECG</u>

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :	...../...../.....			
Nom et prénom du malade :	<u>TEJDAWI Khaaddauj</u>	Age :	<u>70ans</u>	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	<u>Consultation Pneumonie</u>			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :	<u>.....</u>
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 : ..... Le : 06/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : Eddha

#### **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
15.09 2022	RMS		300,00	Dr. Youssef MAANANI, Anesthésie - Réanimation, Faculté de Médecine d'Urgence du BELVÉDÈRE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
15.09.22	15.09.22	ECG	150,00

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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 l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAISES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 12 numbered teeth (1 through 12) and various dental symbols placed around them. The arch is oriented with the upper teeth facing right and the lower teeth facing left. A vertical line labeled 'H' at the top and a horizontal line labeled 'D' on the left intersect at the center of the arch.

- Teeth:** Numbered 1 through 12, arranged in two rows of six.
- Symbols:**
  - Upper row:** Includes symbols for **M**, **P**, **V**, **Y**, **H**, and **U**.
  - Lower row:** Includes symbols for **M**, **P**, **V**, **Y**, **H**, and **U**.
- Labels:** The letters **H** and **D** are positioned near the center of the arch.

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# **CLINIQUE DU BELVEDERE**

150, Boulevard BAHMAD - CASABLANCA  
Tél. : 0522 40.40.40 ( 8 lignes groupées )  
Fax : 0522 40.40.10  
Email : massahat.belvedere150@gmail.com



**مصحة بلفدير**  
شارع باحمداء - الدار البيضاء 150  
الهاتف : 0522 40.40.40 ( 3 خطوط مشتركة )  
الفاكس : 0522 40.40.10  
البريد الالكتروني : massahat.belvedere150@gmail.com

Casablanca, le 15. 09. 2022

M. TEGDAOUI Khadouj

ECU

**Dr. Youssef MAANAOUI**  
Anesthésie - Réanimation  
Médecine d'Urgence  
**CLINIQUE DU BELVÉDÈRE**



## CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD - Casablanca

Tél. : 0522 40.40.40 (3 lignes groupées)

Fax : 0522 40.40.10

E-mail : massahat.belvedere150@gmail.com

## BULLETIN DE SORTIE

N° 0000350

Nom & Prénom :

M. T E T J D A wi khadouj.

Date d'Entrée :

15/09/22

Date de Sortie :

17/09/22

Motif :

Cx + ECG

Médecin :

Dr Naanaoui youssef

Montant :

450,00 dh

Cachet Clinique

GE MAC1200 ST

, CLINIQUE BELVIERE

FC 63/min

## 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 .

I



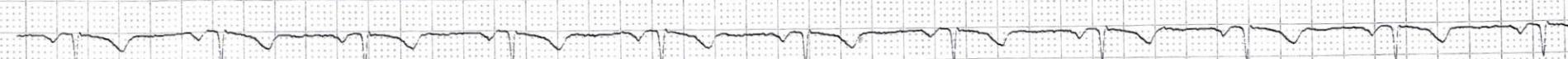
II



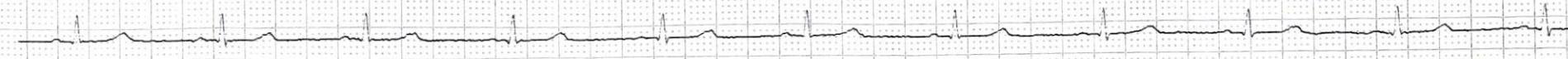
III



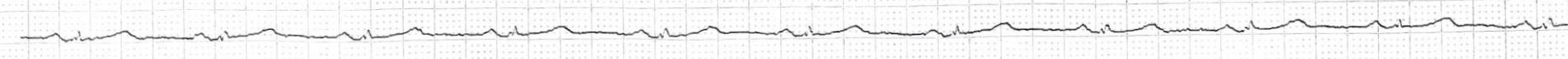
AUR



AUL



AUF



71.170

GE MAC1200 ST

CLINIQUE BELVIERE

FC 63/min

Interprétation:

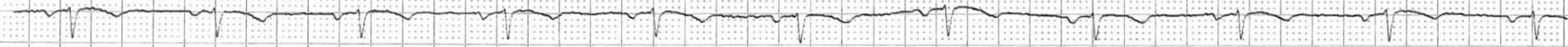
10.09.2022

OJDANT

KHADOUJ

Dr. YOUSSEF MAMAOUI  
Anesthésie Réanimation  
Médecine d'Urgence  
CLINIQUE DU BELVIERE  
rapport non confirmé.

U1



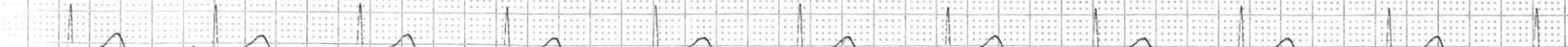
U2



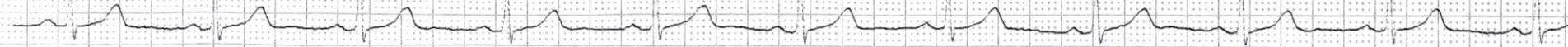
U3



U4



U5



U6

