

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^{me} 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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0020658

132328

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2986** Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **TEJDAWI Khaddouj**

Date de naissance : **24/04/52**

Adresse : **Hay Rahma Rue 10 N°4 MY Rachid**

Casablanca

Tél. : **06/12 67 42 15** Total des frais engagés : **300 DH Cons 150th ECG**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **TEJDAWI Khaddouj** Age : **70 ans**

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Consulte hui Pro - avec sténo n° 100**

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 / 10 / 2022**

Signature de l'adhérent(e) : **Tejda**

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019


Adresses Mails utiles

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

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

RELEVÉ 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
15.09.22	Gms		300,00	

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

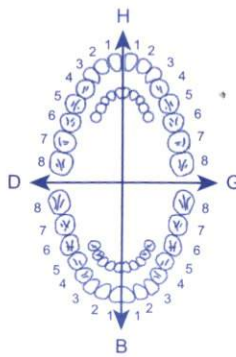
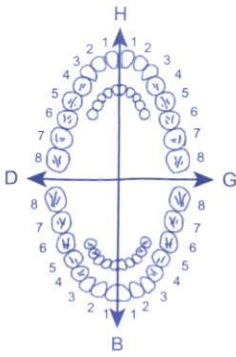
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD - CASABLANCA
Tél. : 0522 40.40.40 (3 lignes groupées)
Fax : 0522 40.40.10
Email : massahat.belvedere150@gmail.com



مصحة بلقدير

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

Casablanca, le 16. 09. 2022

Mr TEJDAOUI Khadouj

E C G

Dr. Youssef MAANAOU
Anesthésie - Réanimation
Médecine d'Urgence
CLINIQUE DU BELVEDERE



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 :

A. TEJDAWI Khadoug

Date d'Entrée :

25/09/22

Date de Sortie :

28/09/22

Motif :

C2 + ECG

Médecin :

R Naanaoui Youcef

Montant :

450,000 dh

Cachet Clinique

GE MAC1200 ST

CLINIQUE BELUIERE

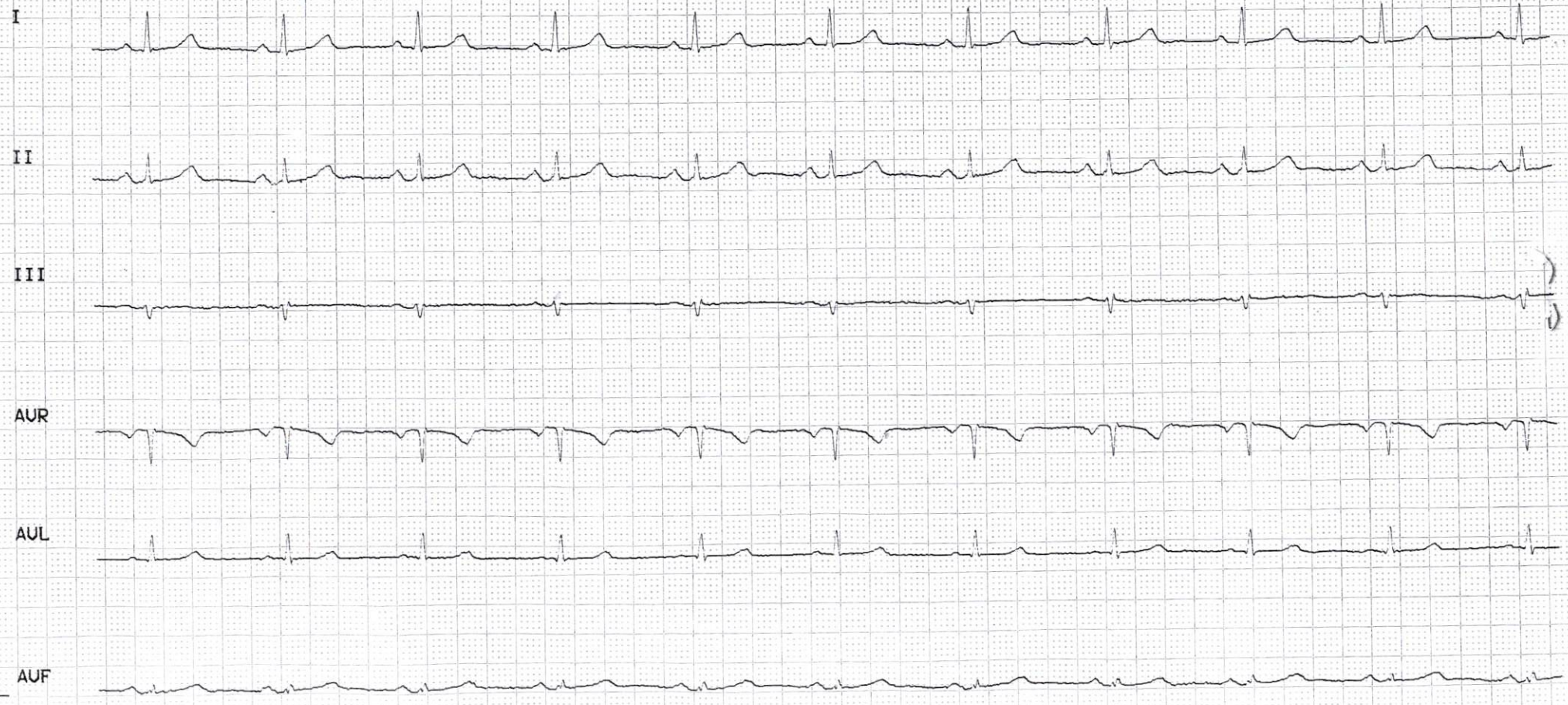
FC 63/min

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



GE MAC1200 ST

CLINIQUE BELVIERE

FC 63/min

Interprétation:

14/09/2022

OJDANE

KHADOUGI

Dr. Youssef MAANAOUJ
Anesthésie - Réanimation
Médecine d'Urgence
CLINIQUE DU BELVIERE

rapport non confirmé.

U1

U2

U3

U4

U5

U6

