

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.

Diagnostique 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.

Education :

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.

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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0016157

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 605 Société : Retraite RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ADDALI Thami Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : Bloc H Lot 116 Haouzia Kenitra

Tél. : 0664.234684 Total des frais engagés : 349 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL OUAZZANI AMINE
Cardiologue Interventionnel
Angle Ay Mad V et Ay Mly Abdellah
Bureau n° 16 - KENITRA
Tél : 0537376262 INPE 051201994

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Vertiges

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 : Kenitra Le : 02/03/2019


Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
02/09/19	Cr		280,00	Dr EL OUAZZANI Cardiologue Interventuel Angle Ar Med V et A - My Abdellah Bureau n°16 - KENITRA Tél : 0537376262 INPE 051201994

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/09/19	99,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

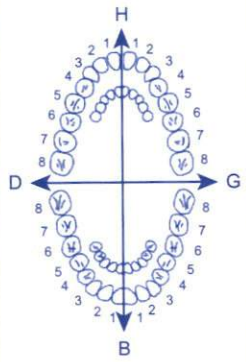
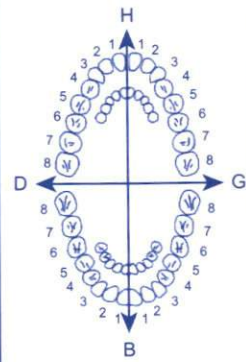
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				MONTANTS DES SOINS
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. El Ouazzani Amine
Spécialiste des Maladies
du Coeur et des vaisseaux



الدكتور الوازاني أمين
اختصاص في أمراض
القلب و الشرايين

Ordonnance du 02/09/2019

MR EL ADDALI THAMI

- **magmine 300**
1 Comprimé, soir, pendant , 1 mois
- **ADDITIVA Vital**
1 Capsule, matin, pendant , 1 mois

99, ص

99, ص



Dr EL OUAZZANI AMINE
Cardiologue Interventionnel
Angle Av. Mohamed V et Av. Moulay Abdellah
Bureau n° 16 - KENITRA
Tel : 0537376262 INPE 051201994

99,00 Dh

01.2020 16003

Rce El Morjane Angle Av.Mohamed V et Av.Moulay Abdellah, 1er étage, Bureau n° 16 - Kénitra
إقامة المرجان، زاوية شارع محمد الخامس و شارع مولاي عبد الله ، الطابق الأول- مكتب رقم 16 - القنيطرة

☎ 06 61 32 90 32 / 05 37 37 62 62

@ el.amineouazzani@gmail.com



02/09/2019

Facture

MR EL ADDALI THAMI

Acte	Honoraire
Consultation+ECG	250,00 Dh
Total	250,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
250,00 Dirhams

Dr EL OUAZZANI AMINE
Cardiologue Interventionnel
Bureau n° 16 - Kénitra
Angle Av Mohamed V et Av Moulay Abdellah
0537 37 62 62 INPE 051201994

Rce El Morjane Angle Av.Mohamed V et Av.Moulay Abdellah, 1er étage, Bureau n° 16 - Kénitra

إقامة المرحان، زاوية شارع محمد الخامس و شارع مولاي عبد الله ، الطابق الأول - مكتب رقم 16 - القنيطرة

Cabinet Dr EL OUAZZANI AMINE

Name: el addali thami

Sex: BedNo.:

Age: Date: 02/09/2019 10:14:11

SN: 0001175 Section:

Cli No.: CaseNo.:

Frequency: 1000Hz
Sample Time: 12s
HR: 55bpm
P Interval: 139ms
QRS Interval: 101ms
T Interval: 285ms
PR Interval: 164ms

QT Interval: 455ms
QTc Interval: 437ms
P Axis: 50.50°
QRS Axis: -35.70°
T Axis: 52.00°
RV5/SV1 1.73/0.21mV
RV5+SV1 1.95mV

Prompt: Total Beats 10, Normal Beats 10
Sinus mode Bradycardia; Severity Left axis deviation;

Doctor: Dr EL OUAZZANI

