

# 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.

## 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.

## que :

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.

## aire :

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.

## ie 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

clamation : contact@mupras.com

se en charge : pec@mupras.com

nexion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

S : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2083

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : MARIKH

Autre :

Date de naissance : 03-01-1970

Adresse : 50 Rue Nizar Al Attar

CP : 10000

Tél. : 06 67 46 96 00



Total des frais engagés : 2455,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 : RAM

Le : 04/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

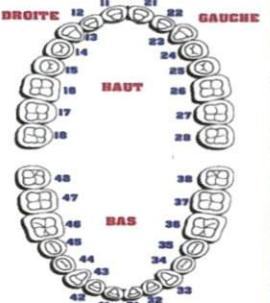


# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	<b>Coefficient des</b>   <b>Début d'exécution</b> <b>Fin d'exécution</b> <b>Coefficient des travaux</b> <b>Montant des soins</b> <b>Date du devis</b> <b>Fin de</b>
DROITE	GAUCHE				
12	21				
13	22				
14	23				
15	24				
16	25				
17	26				
18	27				
48	39				
47	38				
46	37				
45	36				
44	35				
43	34				
42	33				
41	32				
40	31				
39	30				
38	29				
37	28				
36	27				
35	26				
34	25				
33	24				
32	23				
31	22				
30	21				
29	20				
28	19				
27	18				
26	17				
25	16				
24	15				
23	14				
22	13				
21	12				

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
DROITE	GAUCHE	H	G	
12	21	25533412	21433552	
13	22	00000000	00000000	
14	23	00000000	00000000	
15	24	35533411	11433553	
16	25			
17	26			
18	27			
48	39			
47	38			
46	37			
45	36			
44	35			
43	34			
42	33			
41	32			
40	31			
39	30			
38	29			
37	28			
36	27			
35	26			
34	25			
33	24			
32	23			
31	22			
30	21			
29	20			
28	19			
27	18			
26	17			
25	16			
24	15			
23	14			
22	13			
21	12			

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

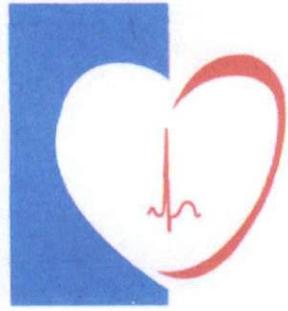
VOLET ADHERENT	NOM : <b>MALIKH Moh.</b>	Mle 2083
DECLARATION N° <b>W18-390530</b>		
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
04.9.2019	2459,00	03 p
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2083	DATE DE DEPOT
Nom & Prénom : <b>MALIKH Moh.</b>		...../...../201...	
Fonction : <b>retraite</b>		Phones : <b>0177464960</b>	
Mail : <b>/</b>			
MEDECIN		Prénom du patient <b>MALIKH Moh.</b>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age <b>51</b>	Date <b>08.09.19</b>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances  <i>H/A Coron - skelé</i>			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<b>C + ECG</b>		<b>300dhs</b>	
PHARMACIE		Date <b>02/09/19</b>	
Montant de la facture		<b>ARMACIE GHALLE</b> <i>EL KADRI AGUEDAGH Lail</i> Rue Jaffar Al Ansari - Derb Ghalle Tél: 05 22 25 28 51	
ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES		Date : <b>.....</b>	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : <b>.....</b>	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

*DR. M. BOUZOUBAÂ  
CARDIOLOGUE  
Taoujilate (en face Clinique Badri  
El Jadida - Maroc  
Tél: 05 22 21 15 15*

*ARMACIE GHALLE  
EL KADRI AGUEDAGH Lail  
Rue Jaffar Al Ansari - Derb Ghalle  
Tél: 05 22 25 28 51*

*CACHE*



# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Le 02/09/2019

باج (الباقي)

Mr MARIKH MOHAMEL

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 162DH60

½ CP / J Matin

248,00 248,00 248,00

الدكتور محمد بو زرع  
أمراض القلب والشرايين

Dr. M. BOUZOUBAA  
CARDIOLOGUE

248,00

3

2/COVERSYLE 10

1 CP / J Midi

228,00

Echocardiographie Doppler Couleur

Echo Doppler Veineux et Artériel

Holter Tensionel

Holter Rythmique

Epreuve d'Effort

Urgences Cardiologiques

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebaï Casablanca  
Copavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 278,00 DH

6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebaï Casablanca  
Copavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 278,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebaï Casablanca  
Copavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 278,00 DH

6 118001 082018

3/CO-PLAVIX 75

1 CP / J Soir

LOT : 191123  
UT AV : 07/2022  
PPV:99,00DH

LOT : 191123  
UT AV : 07/2022  
PPV:99,00DH

LOT : 190824  
UT AV : 05/2022

COOPER PHARMA  
PPV: 57,80 DH

4/LD NOR 20

199,00 162,60

Traitement de 3.... Mois

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE.

ARMACIE GHALLI  
EL KADRIAGUE  
Docteur sp Pharmacie  
Rue Jaber Al Ansari - Derb Ghali  
Tél. 05 22 25 28 51

Dr. M. BOUZOUBAA  
CARDIOLOGUE  
3 Bd Ain Taoujitate (en face Clinique Badr)  
Residence ILIAS, N°6 - Bourgogne - Casablanca  
Tel : 05 22 27 20 20 - Fax : 05 22 27 15 15

Réultats mesures:

QRS	/	ms
QT/QTcB	/	ms
PQ	/	ms
P	/	ms
RR/PP	/	ms
P/QRS/T	/ /	degrés
QTD/QTcBD:	ms	mU
Sokolow	NK	

Interprétation:

rappor non confirmé .

