

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## optique :

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

Nº P19-

055738

Optique

36 U66

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6818** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Mesbahi Kha. (il)**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0664505050** Total des frais engagés : ..... 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 : ..... **12 AOUT 2020**

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 : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-055738

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# 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.

## 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

- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>2818</b>		Société : <b>Royal Air Maroc</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>MESBAITI Rhaliid</b>
Nom & Prénom : <b>MESBAITI Rhaliid</b>		Date de naissance : <b>20.08.1964</b>	
Adresse : <b>Trabouelle</b>			
Tél. : <b>06 64 50 50 50</b>		Total des frais engagés : <b>392,20</b>	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
<b>Dr Khaoula HBID CARDIOLOGUE Espace Cardia Fès Av. Allal Ibn Abdellah FES - Tél. 05 35 93 26 42</b>		
Date de consultation : <b>30/06/2020</b>		
Nom et prénom du malade : <b>MESBAITI Rhaliid</b>		
Age : <b>55</b>		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan		
Nature de la maladie : <b>Diabète</b>		
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'adjudicataire de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

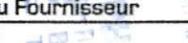
Fait à : **28** Le : **30/06/2020**

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
30/06/2022	CSC	300,00		INP : 14M737374 Dr KHOAOUA CARAP

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/06/2020	472,20

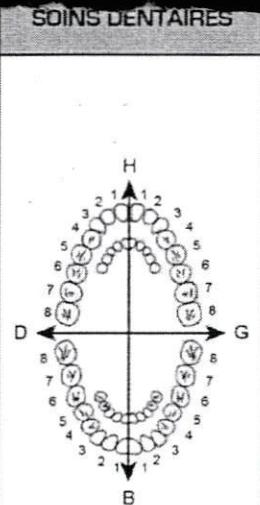
## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous

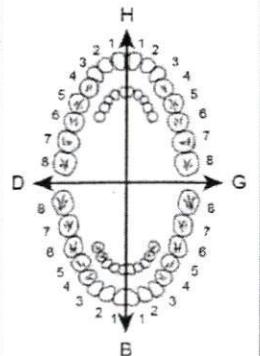


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	21433553

(Création, remont, adjonction)



VISAGE ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

مل 6818 - م° W18-407728  
الدكتورة خولة حبيض

Dr. Khaoula HBID

CARDIOLOGUE

Ex. Chef de service de cardiologie

Hôpital El Ghassani, FES



اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

رئيسة قسم أمراض القلب بمستشفى الغسانى سابقا

دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا

دبلوم اختبار العهد واعادة تأهيل القلب من جامعة

بوردو بفرنسا

Diplôme d'echocardiographie Bordeaux, France  
Diplôme d'épreuve d'effort et de réadaptation Cardiaque  
Bordeau, France

Fès, le 30/06/2020

Mr MESBAHI KHALID 55 ans

145,90 د.م

**COVERSYL 5 MG**

1cp matin après repas

27,70 د.م

**CARDIOASPIRINE 100MG**

79,00 د.م

1cp au milieu du déjeuner

**TAHOR 10**

1 cp le soir après repas

45,100 د.م

**ALZOLE 20 MG**

1 gel le matin avant repas

171,20 د.م

Dr. Khaoula HBID

Dr Khaoula HBID  
CARDIOLOGIE  
Espace Rihab  
FES - T  
FES - T

LOT : 182  
PER : SEP 2021  
PPV : 45 DH 00

6 118000 250340

ALZOLE® 20 mg  
14 gélules

6 118000 250340

LOT : 182  
PER : SEP 2021  
PPV : 45 DH 00

6 118000 250340

LOT : 182  
PER : SEP 2021  
PPV : 45 DH 00

6 118000 250340

LOT : 182  
PER : SEP 2021  
PPV : 45 DH 00

رحيات فاس، شارع علال بن عبد الله، عمارة C الطابق الأول (بجانب مقهى أسوان) - فاس

الهاتف: 05.35.93.26.42 / المحمول: 06.63.70.23.21 / البريد الإلكتروني: hbid.kholla12@gmail.com

mesbahi  
khalid

.....  
20-06-1964 Masculin  
56 ans  
174 cm / 85 kg

FC: 76/min Axes:  
P 42 °  
Intervalles: QRS 2 °  
RR 792 ms T 40 °  
P 106 ms  
PQ 180 ms P (II) 0.09 mV  
QRS 88 ms S (V1) -0.60 mV  
QT 376 ms R (V5) 0.89 mV  
QTC 427 ms Sokol. 2.05 mV

10 mm/mV

10 mm/mV

