

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## iologie 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.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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.

45874

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2512 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUHMAMI HAMDI Almed

Date de naissance : 03/03/1952

Adresse :

Tél. : 0662555531 Total des frais engagés : 1161,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : ..... Agé : .....

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 : 03/04/2020

Le : 03/04/2020

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
03-08-22			€878.00 300%	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE MESSA</b> 312 Lot Zoubir Casablanca Tél: 05 22 89 34 91	03/08/2020	861,20 -

## **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
		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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

**valable 3 mois**

Le ...../...../20.....

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au Médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : *Cardiologue Interventionnel  
Casablanca  
GSM.: 0668 54 35 06*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente .....

Nécessitant un traitement d'une durée de : .....

*Traitements  
Longue Durée*

Dont ci-joint ordonnance : .....

(à défaut noter le traitement prescrit) .....

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. Abdessamad Dahreddine  
**Spécialiste des Maladies du Cœur  
 et des Vaisseaux**  
 Diplômé en Cardiologie Interventionnelle  
 à l'Université Paris XII  
 Ancien chef d'Unité de Cathétérisme  
 Cardiaque à l'Hôpital Avicenne de Rabat



الدكتور عبد الصمد ظهر الدين  
**أخصائي في أمراض القلب والشرايين**  
 حائز على دبلوم قسطرة القلب  
 والشرايين بجامعة باريس  
 رئيس سابق لقسم قسطرة القلب والشرايين  
 بمستشفى ابن سينا بالرباط

03.08.2020

Casablanca, le .....

$72,00 \times 3 = 216,00$

Mr BOUMHAMDI Ahmed

1 DETENSIEL 10 mg cp pellic séc : Plq/30

1 comprimé le matin, pendant 3 mois.



— 2 LD-NOR 10MG

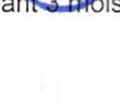
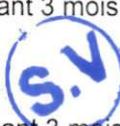
$23,80 \times 3 = 71,40$   
 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

3 ASKARDIL 160MGCP DISPERSIBLE

$151,60 \times 3 = 454,80$   
 1 Comprimé à midi, après le repas, pendant 3 mois.

4 SULIAT 5MG /80MG CP

1 comprimé le matin, pendant 1 mois.



$19,37$  Mainez la je  $19,37$   $19,37$   $19,37$



$861,20$



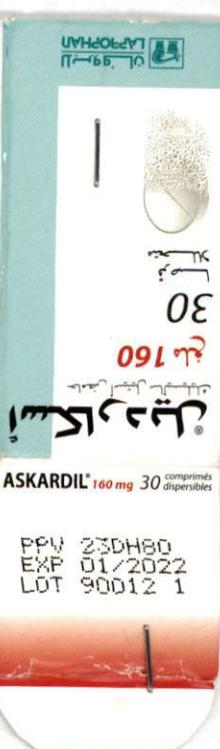
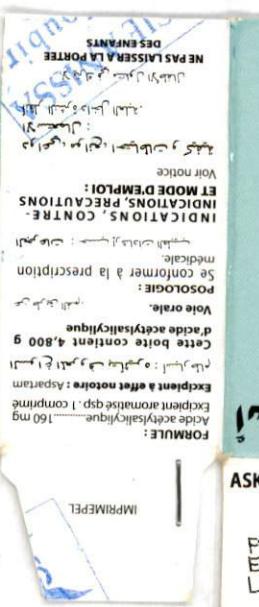
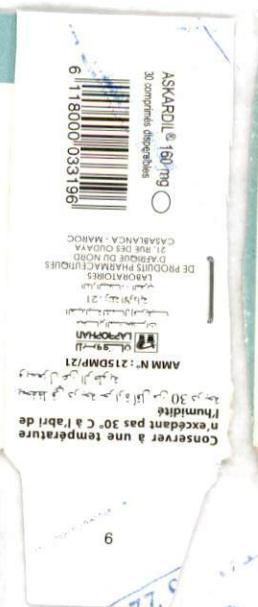
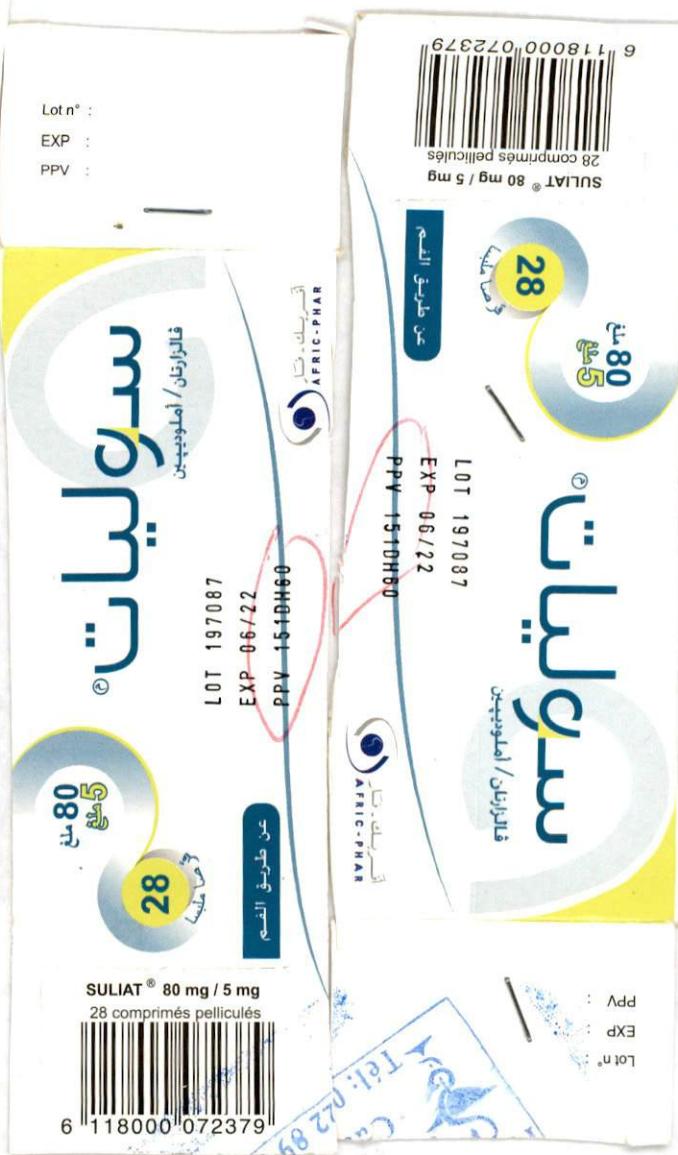
Dr. A. DAHREDDINE  
 Cardiologue Interventionnelle  
 GSM: 066343506  
 Casablanca



رواق عبد المؤمن 202، شارع عبد المؤمن، رقم 32 - الدار البيضاء

الهاتف : 06 66 54 35 06 - 06 88 16 06 51 - 05 22 86 04 63 - الفاكس : 05 22 25 64 55 - المستعجلات : 06 66 54 35 06  
 Galerie Abdelmoumen 202, Bd. Abdelmoumen, (Entre sol N° 32) - Casablanca - Tél.: 05 22 86 04 63  
 P : 06 88 16 06 51 - Fax : 05 22 25 64 55 - Urgence : 06 66 54 35 06 - E-mail : dahreddineabdessamad@gmail.com





**Dr DAHREDDINE A.**

**ECG**

Nom :  
SN : 0001284

Sex :  
Case No. :

Age :  
Lit No. :

Clinique N :  
Date : 03/08/2020 16:37:30



			Prompt:
Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--
Temps d'écha	8s	QT Interval:	--
FC:	53bpm	QTc Interval:	--
P Interval:	--	P Axis:	--
QRS Interval:	--	QRS Axis:	--
T Interval:	--	T Axis:	--

Signature Medecin :