

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 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

M23-0018328

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2946 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAANI MOHAMMED
 Date de naissance : 01-01-1952
 Adresse : HAY CHALOU RUE 16 N° 6 - CD
 C.N.S.N.
 Tél. : 06 62 02 66 90 Total des frais engagés : 1345,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BABOU Balkis
 Spécialiste des Maladies
 Cardio-Vasculaires Adultes et Enfants
 600, Av. Driss Hariri 1^{er} Etage Bn. Lahjar
 Cité Djmaa, Préfecture d'Arrondissement Ben M'siek
 Tél. : 05 22 56 76 56 - Urgence : 06 66 54 77 15
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 14/11/2023
 Nom et prénom du malade : CHAIF MAANI SAADIA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA chronique
 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 : C.N.S.N. Le : 20/11/23
 de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
14/11/2023	CS+ECG		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/2023	1045,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

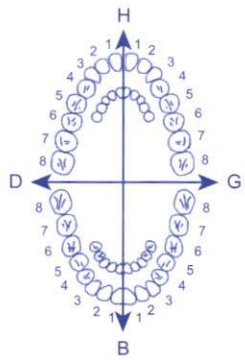
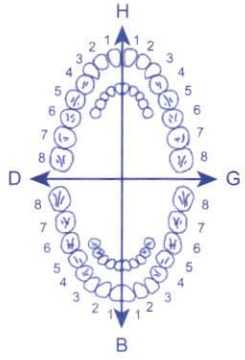
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Balkis BABOU

Spécialiste des maladies
Cardio-Vasculaires

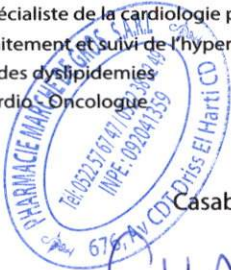
- Echodoppler cardiaque-couleur
- Holter tensionnel - Holter Rythmique
 - Epreuve d'effort
- Spécialiste de la cardiologie pédiatrique
- Traitement et suivi de l'hypertension artérielle et des dyslipidémies
- Cardio-Oncologue



الدكتورة بلقيس بابو

أخصائية أمراض القلب و الشرايين

- الفحص بالصدى بالالوان
- تخطيط القلب عند المجهود
- علاج أمراض القلب عند الأطفال و الرضع
- علاج و تتبع أمراض الضغط الدموي
- و أمراض الكوليسترول
- تسجيل الضغط الدموي و دقات القلب على المدى الطويل
- علاج أمراض القلب عند مرضى السرطان



Casablanca : الدار البيضاء في : 14/11/2023

CHAIF ep MAA ni SAADIA

185.20 x 3
1) - Suliat 160/50
89.20 x 2
2) - Altazem 60
185.20
3) - Snylue 250 1 bouffee x 2
63.20 x 2
4) - Lyrtee 10 2 cp
1045.20 x 03 ms

Dr. BABOU Balkis
Spécialiste des Maladies
Cardio-Vasculaires Adultes et Enfants
600, Av. Driss El Harti 1^{er} Etage Db. Lahjar
Cité El Hachia, Préfecture d'Arrondissement Ben Msik
Tél : 05 22 56 76 56 - Urgence 06 66 54 77 15

Dr. BABOU Balkis
Spécialiste des Maladies
Cardio-Vasculaires Adultes et Enfants
600, Av. Driss El Harti 1^{er} Etage Db. Lahjar
Cité El Hachia, Préfecture d'Arrondissement Ben Msik
Tél : 05 22 56 76 56 - Urgence 06 66 54 77 15

M23 - 0018328

CHAIF SAADIA Ep: PANI - MLe: 2946

14/11/23

185,20

* VIGNETTE
ALTIAZEM® 60 mg
50 comprimés ○
PPV 89DH

63,20

185,20

* VIGNETTE
ALTIAZEM® 60 mg
50 comprimés ○
PPV 89DH

63,20

185,20

LOT: GB21772
PER: 09/2024
PPV: 185 DH 00

Dr BABOU Balkis

Nom : CHAIF MAANI SAADIA

Sex: Lit No:

Age: Date: 14/11/2023 12:52:29

SN: 000525 Section:

Cli No.: CaseNo.:

Fréquence: 1000Hz
Temps d'écha 12s
FC: 94bpm
P Interval: 89ms
QRS Interval: 132ms
T Interval: 184ms
PR Interval: 119ms

QT Interval: 362ms
QTc Interval: 453ms
P Axis: 60.60°
QRS Axis: -48.10°
T Axis: 107.70°
RV5/SV1 0.31/1.61mV
RV5+SV1 1.92mV

Prompt:

Dr. BABOU Balkis
Spécialiste des Maladies
Cardiovasculaires Adultes et Enfants
600 Av. Driss Harouj 1^{er} Etage Dr. Babou
Cité Dimak Préfecture d'Arrondissement Ben M'sick
Tel.: 05 22 54 70 46 - Urgence 06 66 54 77 45

Docteur:

