

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.

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

185359

Déclaration de Maladie : N° P19-0015787

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 272 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AMARIGIT Zahra Date de naissance : 1939

Adresse : Résidence Prestige Mezouar, Rue 1, 9, 5, Casab

Tél. : 06 71 92 68 95 Total des frais engagés : 828,12 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Salma Abdeladim
Cardiologue
City office, 2ème étage, app B5, Hay Hassani
Tél: 05 22 93 03 15 - 06 65 06 65 15

Date de consultation : 27/11/2023

Nom et prénom du malade : AMARIGIT Zahra Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : WASA

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 05/12/2023



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27.11.23 | CS | | 250,00 | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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 l'ODP.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Salma Abdeladim

Médecin Cardiologue

Diplôme Interuniversitaire d'Echocardiographie
de l'Université de Bordeaux Segalen, France



الدكتورة سلمى عبد العظيم

أخصائية أمراض القلب والشرايين

دبلوم فحص القلب بالصدى
من جامعة بوردو فرنسا

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص بالصدى للقلب والشرايين

قياس الضغط الدموي على المدى الطويل

تسجيل دقات القلب على المدى الطويل

تخطيط القلب أثناء الجهد

الفحص بالصدى أثناء الجهد

27/11/2023

Electrocardiogramme

Echodoppler Cardiaque et Vasculaire

Holter Tensionnel

Holter ECG

Epreuve d'Effort

Echographie de St



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

58,10 x 3

Mme AMAZIGH ZAHRA



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239

1-0-0



1-0-0



1-0-0

52,00 x 3

2 - coversyl 5mg



1-0-0

35,70

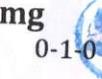
3 - ALPRAZ 0,5



1-0-0

30,70 x 3

4 - KARDEGIC 75 mg



0-1-0



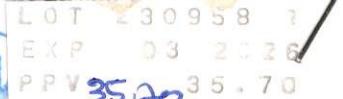
6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239



22

1 comprimé L'E soir pendant



LOT 230958 3
EXP 03 2026
PPV 35,70 35,70

TRAITEMENT DE 3 MOIS



01/2025
P.P.V: 30DH70
6 118000 061847



05 22 93 03 15



06 65 06 69 19



Salma.abdeladim56@gmail.Com

سيتي أو فيس، إقامة ميسيمي رقم 58 مكرر، الطابق 2 المكتب 5 الحي الحسني (فوق KFC) أمام مرحان الحي الحسني) - الدار البيضاء

City Office, 58 Bis. Lot. MISSIMI, 2^{ème} étage Appt. B5 Hay Hassani (au dessus de KFC, en face Marjane et McDonald's Hay Hassani) - Casablanca

Cash 9200 ←

Cash 9200 ←

Cash 9200 ←

Dr Salma ABDELADIM

| | | | |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|---|
| Nom :amazigh zahra | Fréquence: 1000Hz | QT Interval: 458ms | Prompt: |
| Sex:femell Lit No: | Temps d'écha 13s | QTc Interval: 439ms | Total Battem11 ,Battements No11 . |
| Age: Date:29/08/2023 12:25:38 | FC: 55bpm | P Axis: 33.70;ā | Sinus mode Bradycardia;Middling Left axis |
| SN:0000730 Section: | P Interval: 132ms | QRS Axis: -22.90;ā | deviation;possible old anteroseptal MI;Abnormal T wave; |
| Cli No.: CaseNo.: | QRS Interval: 111ms | T Axis: -4.00;ā | |
| | T Interval: 227ms | RV5/SV1 0.99/1.56mV | |
| | PR Interval: 196ms | RV5+SV1 2.55mV | |
| | | | Docteur: |

