

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M22- 0013261

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **507** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **TOUILE MOSTAFA**

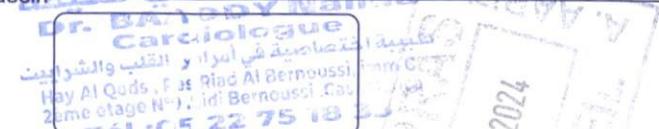
Date de naissance : **01/01/1944**

Adresse : **Hay Al Quds Res Al Fajr Immeuble E apt 6 Bernoussi Casablanca**

Tél. : **06 73 17 15 45** Total des frais engagés : **591,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **18/02/2024**

Nom et prénom du malade : **Jedidah Imane** Age : **76**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

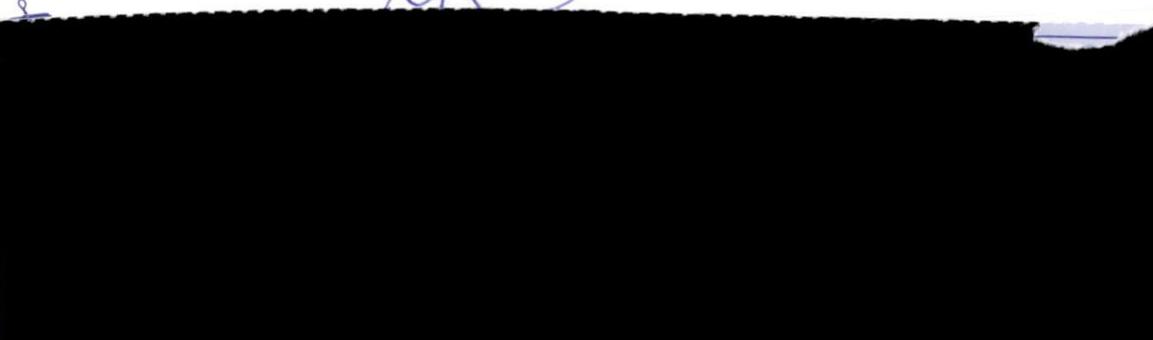
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **Casablanca**

Le : **26/02/2024**

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
19/02/2024	000	300	2275	Dr. Al Benoussan

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Hassia	19/2/24	29180

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

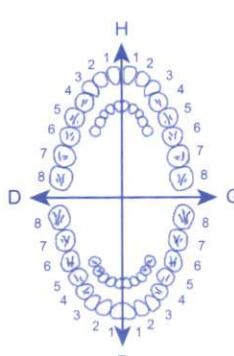
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.BAADDI Naima

Médecin Spécialiste en Cardiologie

Lauréate de la faculté de médecine casablanca

Diplômée de la faculté de médecine bordeaux

Hypertension artérielle - Epreuve d'effort

Echographie doppler cardiaque et vasculaire

Holter rythmique - Holter tensionnel



الدكتورة بعدي نعيمة

خريجة كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء و بوردو بفرنسا

ارتفاع الضغط الدموي

فحص القلب و الشرايين بالصدى و الدوبلير بالألوان

تخطيط القلب أثناء المجهود

Casablanca le :

13/02/2024

Jedahin Imane

ALDACTAZINE 25MG/15MG 20 CPS

P.P.V : 39DH30

6 118000 250517

Opimor
Laboratoires
S.A.

Aldactazine

ALDACTAZINE 25MG/15MG 20 CPS

P.P.V : 39DH30

6 118000 250517

Opimor
Laboratoires
S.A.

D-Cure forte

PPV: 49,60 DH

LOT: 23H10

EXPI: 08/2026

PPV: 49,60 DH

LOT: 23H10

EXPI: 08/2026

2496 1125
LOT PER.
Prix
114.00

الدكتورة بعدي نعيمة

Dr. BAADDI Naima

Cardiologue

طبيبة اختصاصية في امراض القلب والشرايين

Hay Al Qods , Res Riad El Bernoussi, imm C

2eme étage N°9 .Sidi Bernoussi .Casablanca

Tél: 05 22 75 18 35

المستعجلات: 05 22 75 18 35 - الهاتف: Urgence :06 59 21 92 17

Al Qods, Res : Riad El Bernoussi imm C N 9,2ème étage

(En face Bayti , ancienne route de Rabat)

ECG

Nom : jdahim imane

Cli No.:

SN:0007686 Sex:

Age:

Section:

CaseNo.:

Lit No:

Date:19/02/2024 18:34:26



00:00 AC 25mm/s 10mm/mV

Prompt:
Total Battem13 ,Battements No13 .
in gear Sinus mode Target rate;Normal ECG.

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	162 ms
Temps d'écha	12s	QT Interval:	378 ms
FC:	68bpm	QTc Interval:	402 ms
P Interval:	91ms	P Axis:	57.40;â
QRS Interval:	79 ms	QRS Axis:	56.80;â
T Interval:	194 ms	T Axis:	61.80;â

Docteur: