

# 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.

## 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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

Reclamation	: contact@mupras.com
Le 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 personnelles.

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



## Déclaration de Maladie

N° P19-048922

ND- 37343  
Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2268

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

I CHCHOU Abdel2268

Date de naissance :

11-12-1955

Adresse :

Hay EL OODS Sidi El FISR Driss YASMIN N° 2

Bernoussi 252b/ent. 02

Tél. : 0673233452

Total des frais engagés : 395,10

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14/07/2020

Nom et prénom du malade :

Ichchou Abdel2268

Age :

Lien de parenté :

Fille

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 : 252b/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/07/2020

### VOLET ADHERENT

N° P19-048922

Déclaration de maladie

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 : 2268

Nom de l'adhérent(e) : ICHCHOU

Total des frais engagés : 395,10

Date de dépôt :

## **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
19/06/2010	G+ECG		250	<del>BAIDADI</del>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GHOPPAGNE "C" Rue 2 N° 166 As - Bertroussart 73.26.37. Case	14/07/2005	547,10

#### **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	

## VOLET ADHERENT

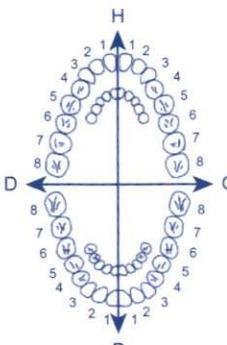
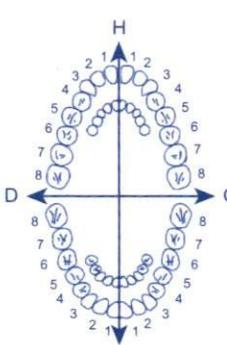
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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'OD.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	B			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

**Dr. BAADDY Naima**

**الدكتورة بعدى نعيمة**

Médecin cardiologue

Lauréate de la faculté de médecine Casablanca

Diplomée de la faculté de médecine bordeaux

Hypertension artérielle - Épreuve d'effort

Echographie doppler cardiaque et vasculaire

Holter rythmique - Holter tensionnel



خريجة كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء وبوردو بفرنسا

ارتفاع الضغط الدموي

فحص القلب والشرايين بالصدى والدوبليير بالألوان

تخطيط القلب أثناء المجهود

Casablanca le :

14 / 07 / 2020

ن<sup>o</sup> Ichchou Abdellaziz

37.00

\* 25.00

- Atmose 700

700

- 0 - 0

(3 mois)

27.70

\* 3

- Cardio aspirine 100

100

0 - 1 - 0

(3 mois)

الدكتورة بعدى نعيمة  
Dr. BAADDY Naima  
Cardiologue  
طبيبة احتقانية  
Cité Alqods 1<sup>er</sup> étage 16 Numéro 75  
Tranche 1, Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél.: 05 22 75 18 35

PHARMACIE GHORFI  
Bloc "C", Rue 2 N° 711  
Al Qods - Bernoussi  
Tél.: 022.73.26.31, Casablanca

حي القدس شارع الإمام الشافعي تجزئة اي زنقة 16 رقم 75 الطابق 1 سيدى البرنوسي - الدار البيضاء  
Cité Alqods Av. imam chaffi, Tranche 1, Rue 16, N°75 1<sup>er</sup> étage - Sidi Bernoussi - Casablanca

الهاتف : 0522 75 18 35

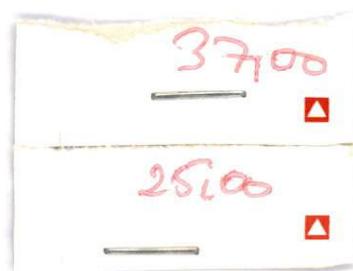
Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Name: ichchou abdelaziz Cli No.:

Sex: Male

Age: 65Y

SN: 0003928

Section:

CaseNo.:

BedNo.:

Date: 14/07/2020 11:56:52



Frequency:	1000Hz	QT Interval:	428ms	Prompt:
Sample Time:	10s	QTc Interval:	447ms	Total Beats 10 , Normal Beats 10 . Longitudinal Left axis deviation; I AV block;
HR:	66bpm	P Axis:	34.20;ā	
P Interval:	200ms	QRS Axis:	12.20;ā	
QRS Interval:	72ms	T Axis:	60.40;ā	
T Interval:	218ms	RV5/SV1	1.02/0.58mV	
PR Interval:	291ms	RV5+SV1	1.60mV	Doctor: