

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.

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.

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 045191

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2949

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUKKI El Houssene

Date de naissance : 15/01/1980

Adresse : EL FAJR

Tél. :

Total des frais engagés : 900 + 150

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/11/2020

Nom et prénom du malade : EL BEZZAZ Uth

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

03/11/2020

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
04/11/2020	Consulte			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/11/2020	52,90 x 3
		158,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/11/2020	H.I.E.C.	900,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

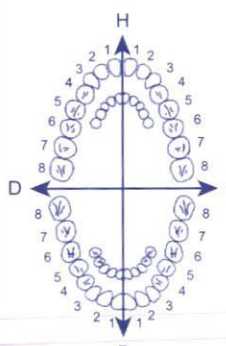
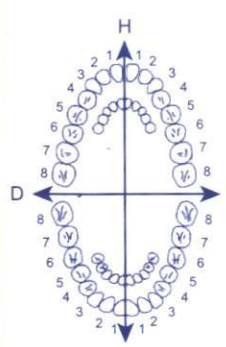
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة أمراض القلب و الشرايين

Cabinet de Consultations et d'explorations Cardio-Vasculaires

Consultation sur Rendez-vous

Dr. Karim CHERKAoui

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de médecine

PARIS V et VI

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Cardiologue à la C.N.S.S.



الدكتور كريم الشرقاوي

اختصاصي في أمراض القلب

خريج جامعة الطب باريس V و IV

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

طبيب سابقاً بمصلحة الضمان الاجتماعي

ORDONNANCE

Casablanca , le

04/11/2020

الدار البيضاء

Il Bezzag Semble tout
satisfait

52,90 x 3
Spasmag

1A mp x 2/2

3 mm

52,90 x 3

158,90

52,90

52,90

52,90

30 أمولة للشرب من فئة 10 مل

0660.79.81.90

05 22 3

Boulevard

URGENCES

الإستعجلات

मे २९४७

Casablanca, le. 04/11/2020

enter ses comp

a l'honneur de présenter ses compliments à

MELBE 22A2 SEMBALI LALLA SAADIA

Et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

Halfer Eces

Soit la somme de :

Neuf Cent ds -

.....DHS.

CACHET ET SIGNATURE

ICE :1624102000036 N°Depatente :30311203 N°Identifiant fiscal :48211230

Dr KARIM CHERKAOU
CARDIOLOGUE

Dr CHERKAOUI Karim ECG HOLTER Report

m 62949

Name: ELBEZZAZ LALLA SAADIA

Sex: Male

Age:

Department:

Bed No.:

Admission No.:

Case No.:

ID: 0000958

Start: 2020.11.03 14:48:00

Stop: 2020.11.04 14:22:03

Total time: 23:34:03

HR:

Av. HR: 75
Min HR: 61 Time: 2020.11.04 05:58:12
Max HR: 97 Time: 2020.11.03 19:06:12
Total Beats: 106613
Abnormal Beats: 1935
Abnormal Permillage: 18

Pause time:

Pause Beats that R-R > 2000 ms: 0

S:

Total S: 908 Single: 637 SVE
Total S Pair: 41 Total: 82 SVE
Bigeminy: 0 Total: 0 SVE
Trigeminy: 2 Total: 7 SVE
Total S Run: 34 Total: 182 SVE
S Permillage: 8
Max S in a Min: 58

V:

Total V: 1027 Single: 909 VE
Total V Pair: 19 Total: 38 VE
Bigeminy: 1 Total: 3 VE
Trigeminy: 10 Total: 30 VE
Total V Run: 15 Total: 47 VE
V Permillage: 9
Max V in a Min: 19

HRV(Time Domain):

SDNN (ms): 138.6
SDANN (ms): 120.3
rMSSD (ms): 75.7
PNN50 (%): 3.2
CV: 0.08

HRV(Frequency Domain):(ms*ms)

Power: 9684.2
ULF: 6522.1
VLF: 1939.2
LF: 511.1
HF: 711.8

ST:

	Elevation		Depression	
	(seg.)	(mV/min)	(seg.)	(mV/min)
V1:	0	0.2	0	0.1
V3:	0	0.2	0	0.1
V5:	0	0.2	0	0.1

Conclusion:

1) ECG nombreuses, pas de selvis pas de
T Cautei soutenue.
2) Pas de troubles paroxystiques / atheries

Physician Signature: