

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

N° W19-474060

49569

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1360

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MOUSSAFIR

Abdenahim

Date de naissance :

30/10/53

Adresse :

11, Avenue

Tél. :

0670865561

Total des frais engagés :

25001 + 763,20 + 394,10hs

Cadre réservé au Médecin :

BAADDY Naima

Cachet du médecin :

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والسرطان
Cité Alqods Tranche I Rue 16 Numéro 75
1er étage Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 05 22 75 18 35

Date de consultation :

21/03/2020

Nom et prénom du malade :

Moussafir Abdenahim

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

HTA + Diabète

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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

01/12/2020

ACCUEIL

Adresses Mail utiles

- Reclamation : 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 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
21/09/2020	G4 R16		250	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/2020	763,60 DA
	22/09/2020	394,00 DA

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>														
				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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Dr. BAADDY Naima

Médecin Cardiologue
Lauréate de la faculté de médecine

الدكتورة بعدي نعيمة

خريجة كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء و بوردو بفرنسا

ارتفاع الضغط الدموي

فحص القلب و الشرايين بالصدى و الدوبلير بالألوان

تخطيط القلب أثناء المجهود



$\bar{x} = 394,60$

Casablanca le :

22/09/2020

M. Noussaf: Abderrahim

Diamicro 6 2-0-0

Diaformine 6 1-1-1

Amlor 5 1-0-0

الدكتورة بعدي نعيمة
Dr. BAADDY Naima
Cardiologue

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

Cité Alqods Tranche I Rue 16 Numéro 75

1er étage
Tél :

PPV 21DH00
PER 09/23
LOT J2275

رنوصي الدار البيضاء
Cité Alqods, Av.ima

Tél: 05 :

21,00
PPV 21DH00
PER 05/23
LOT J1555

PPV 21DH00
PER 05/23
LOT J1631

PPV 21DH00
PER 04/23
LOT J1187

PPV 21DH00
PER 05/23
LOT J1629

UT.AV :

LOT N° :

P.P.V.

89,20

PPV 21DH00
PER 05/23
LOT J1555

Dr. BAADDY Naima

Médecin Cardiologue

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 بوربو بفرنسا

ارتفاع الضغط الدموي

فحص قلب و الشرايين بالصدى و الدوبلير بالألوان

تخطيط القلب أثناء المجهود

Casablanca le :

28/09/2020

17^m Moussafir Abderrahim

LOT 205824

EXP 05/22

PPV 185DH20

LOT 205824

EXP 05/22

PPV 185DH20

LOT 192089

EXP 06/21

PPV 185DH20

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés
dispensables

PPV 22DH40

EXP 11/2021

LOT 90039 1

الدكتورة بعدي نعيمة

Dr. BAADDY Naima

Cardiologue

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

Cité Alqods, Av. Imam Chaffi, Tranche I, Rue 16, Numéro 75

1er étage Sidi Barnoussi Casablanca

Tél.: 05 22 75 18 35

حي القدس شارع الإمام الشافعي تجزئة إي زنقة 16 رقم 75 الطابق 1 سيدي البرنوصي الدار البيضاء

Cité Alqods, Av. Imam Chaffi, Tranche I, Rue 16, N°75 1^{er} étage - Sidi Barnoussi - Casablanca

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

Name: moussafir
abderrahim

Cli No.:

Sex: Male

Age: 67Y

N: 0004554

Section:

CaseNo.:

BedNo.:

Date: 20/09/2020 11:36:22



00:00 AC+DFT+EMG 25mm/s 10mm/mV

Frequency:	1000Hz	QT Interval:	369ms	Prompt: Total Beats 13 ,Normal Beats 13 . in gear Sinus mode Target rate;Cardiac electric axis normal;
Sample Time:	10s	QTc Interval:	452ms	
HR:	90bpm	P Axis:	67.20°	
P Interval:	100ms	QRS Axis:	59.50°	
QRS Interval:	93ms	T Axis:	53.10°	
T Interval:	221ms	RV5/SV1	1.85/0.88mV	
PR Interval:	130ms	RV5+SV1	2.73mV	

Doctor: