

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

éducation :

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.

ntaire :

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

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

Nº P19- 0048936

Optique 59340 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2268 Société : DAI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TCHCHOU Abdellaziz

Date de naissance : 11-12-1955

Adresse : Hgy El Qods Béral El FAJR Dr. M. YASMIN EL ABBADY
Berhoussi Casablanca.

Tél. : 0673 233 452 Total des frais engagés : 402,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BAADDY Nouria
Cardiologue
طبيب انتداب
الطباطبى القلبى
Cite Aïn El Tranchieh N° 75
1er étage Sidi Ben Abdellah Casablanca
Tél: 05 22 75 18 35

Date de consultation : 19/01/2021

Nom et prénom du malade : Tchchou Abdellaziz Age : 65

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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 : 02/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : R

Le : 15/01/2021

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
10/11/2012	GS + ECG		2500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19.01.21	152,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{c c} H & 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ \hline B & & \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.BAADDY 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 بعدى نعيمة

خريجة كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء وبودو بقرينسا

ارتفاع الضغط الدموي

فحص القلب والشرايين بالصدى والذوبان بالألوان

تخطيط القلب أثناء المجهود

Casablanca le :

19/01/2021

Dr Ichchou Abdellaziz

37,00
+ 25,00
-

ATC

100

1/2 - 0 - 0
(Bndis)

90,00

B: hypot 50/12,5

1 - 0 - 6

(Bndis)

152,00

الدكتورة بعدى نعيمة
Dr. BAADDY Naima
Cardiologue
طبيبة احصد انت انت هو امراض القلب والشرايين
Cité Alg 31 tranchée 11 rue 16 numero 75
1er étage à Sidi Bernoussi Casablanca
TEL: 05 22 75 18 35

90,00

25,00

37,00

حي القدس شارع الإمام الشافعي تجزئة إي زنقة 16 رقم 75 الطابق 1, tranche 1 rue 16 N°75 1er étage - Sidi Bernoussi - Casablanca

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

valable 3 mois

Le 19.1.2021 / 20.2.21

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	Dr. Baaddy
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Tchichou Abdellaziz
Présente	une hypertension artérielle stade 2
Nécessitant un traitement d'une durée de :	Bi hyplos 50/62,5 i Atens 200
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

Name: ichchou abdelaziz Cli No.:

Sex: Male

Age: 65Y

SN: 0005865

Section:

CaseNo.:

BedNo.:

Date: 19/01/2021 16:31:58



Frequency:	1000Hz	QT Interval:	414ms	Prompt:
Sample Time:	8s	QTc Interval:	421ms	Total Beats 8 ,Normal Beats 8 .
HR:	62bpm	P Axis:	5.60jā	Longitudinal Left axis deviation; I AV block;
P Interval:	124ms	QRS Axis:	13.30jā	
QRS Interval:	73ms	T Axis:	64.40jā	
T Interval:	202ms	RV5/SV1	0.99/0.71mV	
PR Interval:	227ms	RV5+SV1	1.70mV	

Doctor: