

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.

ique :

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 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0048936

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2268 Société : DASH

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ICHCHOU Abdelaziz

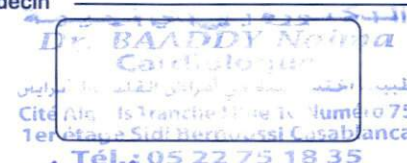
Date de naissance : 11-12-1955

Adresse : H2y El Oodds Desial EL FAIR Dnm YASMIN EL 2
Bernoussi Casablanca

Tél. : 0673233452 Total des frais engagés : 402,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/01/2021

Nom et prénom du malade : Ichchou Abdelaziz Age : 65

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : MTA

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

Signature de l'adhérent(e) : Le : 19/01/2021

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
23/01/22	G1205		250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

1310112L 152,00

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

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

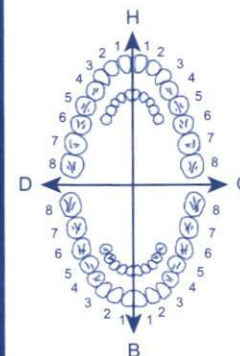
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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

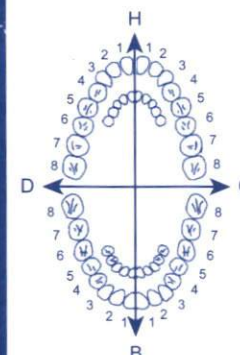
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[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. 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 بعدي نعيمة

خريجة كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء وبودودو بفرنسا

ارتفاع الضغط الدموي

فحص القلب والشرايين بالصدى والدوبلر بالألوان

تخطيط القلب أثناء المجهود

Casablanca le :

19/01/2021

M^{re} Ichou Abdelaziz

37,00
+ 25,50

Atenolol 100

$\frac{1}{2}$ - 0 - 0
(3 mois)

90,00 - Bihydro 50/12,5

1 - 0 - 0

(3 mois)

152,00

الدكتورة بعدي نعيمة
Dr. BAADDY Naima
Cardiologue
طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
Cité Alg. 1^{re} tranche 1 rue 16 N°75
1er étage Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 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 Urgence: 06 59 21 92 17 المستعجلات

☐ valable 3 mois

Le 19/01/2024

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	Dr. Baaddy
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Ichchou Abdelaziz
Présente	une hypertension artérielle stade 2
Nécessitant un traitement d'une durée de :	B. hyalos 50/12,5, Akeus 700
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

Dr. Baaddy
Chirurgien
N° 15 15 15
Tél. 05 22 75 13 55

Name: ichchou abdelaziz Cli No.:

Sex: Male

Age: 65Y

SN: 0005865

Section:

CaseNo.:

BedNo.:

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



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

Frequency:	1000Hz	QT Interval:	414ms
Sample Time:	8s	QTc Interval:	421ms
HR:	62bpm	P Axis:	5.60;ã
P Interval:	124ms	QRS Axis:	13.30;ã
QRS Interval:	73ms	T Axis:	64.40;ã
T Interval:	202ms	RV5/SV1	0.99/0.71mV
PR Interval:	227ms	RV5+SV1	1.70mV

Prompt:
Total Beats 8 ,Normal Beats 8 .
Longitudinal Left axis deviation;I AV block;

Doctor: