

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



70044

Déclaration de Maladie : N° S19-0000328

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1423 Société : RAN
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : LECHHEB Dour Date de naissance : 1-7-1953
Adresse : 109 B. Oumay EL KHAYAR Casablanca
Tél. : 0661 76535 Total des frais engagés : - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/04/2021
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique
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 Le : 06/05/2021
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 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

0 Réclamation : contact@mupras.com
0 Prise en charge : pec@mupras.com
0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

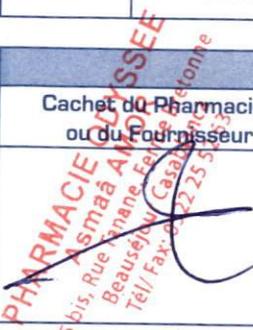
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

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
13/04/2021	g +	ECG	3000F	 Dr. A. DAHEDDINE Cardiologue Fonctionnel GSM: 0669 54 35 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/04/2021	2366,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

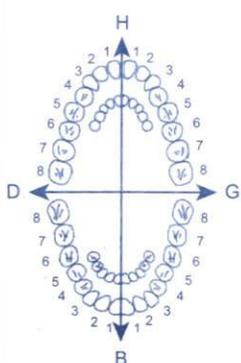
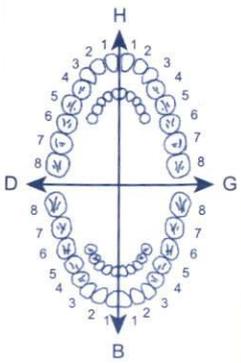
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																			
		25533412	21433552																		
		00000000	00000000																		
	D																				
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B																					
G																					
[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		
																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdessamad Dahreddine

Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux

Diplômé en Cardiologie Interventionnelle
à l'Université Paris XII

Ancien chef d'Unité de Cathétérisme
Cardiaque à l'Hôpital Avicenne de Rabat



الدكتور عبد الصمد ظهر الدين

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

حائز على دبلوم قسطرة القلب

و الشرايين بجامعة باريس

رئيس سابق لقسم قسطرة القلب و الشرايين

بمستشفى ابن سينا بالرباط

Casablanca, le13.04.2021.....

Mr LECHHAB Omar

50,70x6

1 CARDENSIEL 2,5 mg cp pellic séc : B/30

1 comprimé le matin et le soir, pendant 3 mois.

2770x3

2 CARDIOASPIRINE 100 MG

1 comprimé à midi, pendant 3 mois.

101,80x3

3 COVERSYL 5 mg cp pellic séc : Pilul/30

1 Comprimé le matin, pendant 3 mois.

114,00x5

4 CRESTOR 5 mg cp pellic : Plq/30

1 Comprimé le soir, pendant 3 mois.

457,00x3

5 JANUMET 50 mg/1000 mg cp pellic : Plq/50x1

1 Comprimé le matin et le soir, au cours du repas, pendant 3 mois.

2346,00

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

6 118001 100859
om Cardensiel 2,5mg B30
PPV: 50,70 DH

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

Pharmacie ODYSSEE
à Sidi Abou Amor
Ferme Bretonne
Boulevard Mohammed VI
Tél: 0522 25 52 63

Dr. A. DAHREDDINE
Cardiologue Interventionnel
Casablanca
0522 0665 54 35 06

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.

101,80

رواق عبد المومن 202، شارع عبد المومن، رقم 32 - الدار البيضاء

الهاتف : 06 66 54 35 06 - 05 22 86 04 63 - 06 88 16 06 51 - المستعجلات : 06 66 54 35 06

Galerie Abdelmoumen 202, Bd. Abdelmoumen, (Entre sol N° 32) - Casablanca - Tél.: 05 22 86 04 63

Urgence : 06 66 54 35 06 - E-mail : dahreddineabdessamad@gmail.com

Résultats mesures: :
 QRS : ms
 QT/QTcB : / ms
 PQ : ms
 P : ms
 RR/PP : / ms
 P/QRS/T : / / degr
 QTD/QTcBD: ms
 Sokolow : mU
 NK :

Interprétation:

Dr. A. DAHREDDINE
 Cardiologue Interventionnel
 Casablanca
 GSM.: 0666 54 35 06

rapport non confirmé .

