

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

Nº M21- 0054631

NP: 79895

Optique

Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1192 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : JAYED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.68.74.47.18 Total des frais engagés : 996,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JAYED ZOUIBIDA Age : 71 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 02/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'exactitude des Actes
02.JUIL.2021	Cst. Et C.		30000	<p style="text-align: center;">Cabinet de Cardiologie et d'Explorations Cardiovasculaires</p> <p style="text-align: center;">15, Avenue Officier Edward VII - Quartier des Halles</p> <p style="text-align: center;">Tél : 05 22 22 53 27 - Urg. : 06 61 25 56 56</p> <p style="text-align: center;">INPE : 091034413</p> <p style="text-align: right;">Signature : <i>Jeanne Baudoin</i></p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Coordonnateur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE S.A.R.L. Lot Smiralda Casablanca Tunisie : 05 22 65 20 07	02/07/2021	696,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

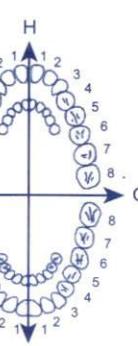
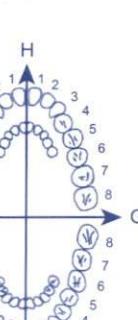
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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 GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Diplômée de la Faculté
 de Médecine Hassan II de Casablanca
 DIU d'Échocardiographie
 et d'épreuve d'effort
 Université de Bordeaux Segalen 2



Casablanca le

02 juillet 2021

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
 حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى
 وفحص الجهد وإعادة التأهيل
 القلب والأوعية
 بجامعة بوردو سينكلين 2

Mme JAYED ZOUBIDA

Régime peu salé et pauvre en graisses

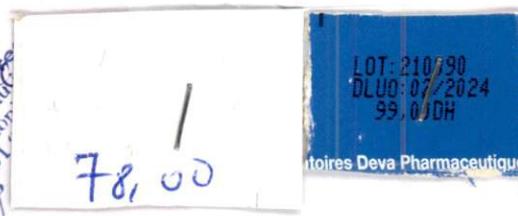
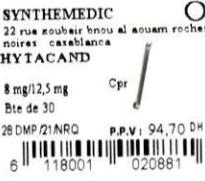
1/ ALTIAZEM 60
 1 gelule le soir

2/ ASKARDIL 75mg cp
 1 comprimé à midi au milieu du re

3/ STANORM 10mg
 1 comprimé Soir

4/ HYTACAND 8mg /12.5
 1 comprimé Matin

----- traitement de 3 mois
 TANGANIL 500 ou Betaser up
 1 comprimé matin midi et soir (1 mois)

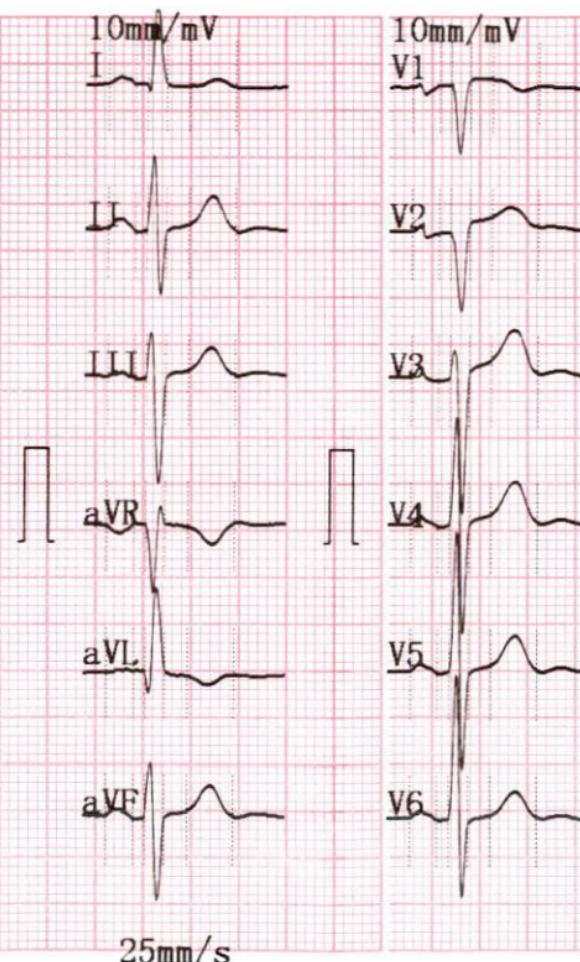
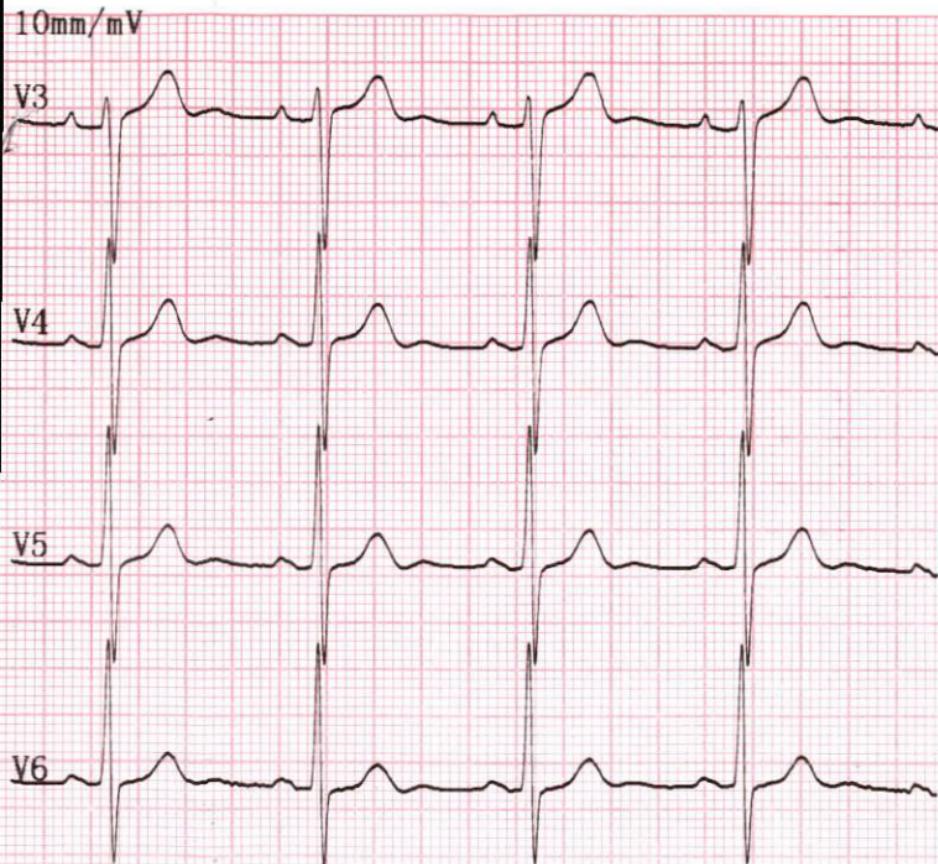


78,00

PHARMACIE SARANAZ
 SARLA-U
 140 Lot Smiratda Lissasfa
 Casablanca
 Tél/Fax : 05 22 65 20 07

إقامة أنوال أوفيس الطابق 1 الرقم 2 شارع أنوال حي المستشفيات الدار البيضاء

115, Anoual Office 1^{er} Etage Appt. N°2 Bd Anoual Quartier des Hôpitaux - Casablanca
 Tél. : 05 22 22 53 27 - GSM : 07 07 78 78 00 - E-mail : cabinet.dr.hananebougteb@gmail.com
 Patente 36300382 - IF 15261205 - ICE 000149143000094



Cabinet Dr BOUGTEB Hanane
2021-07-02 11:43

ID:

Nom: JAYED ZOUBIDA Sexe: F Age: 25
Taille: 160 cm Poids: 72 kg SYS/DIA: 160/90 mmHg

FC [bpm]:66

Intervalle PR [ms]: 171

Durée P [ms] : 119

DURÉE P [ms] : 119
Durée - OBS [] 84

Durée QRS [ms] : 84

Durée T [ms] : 201

QT/QTc [ms]: 384

Axe P/ORS/T [deg]: 62.6

R(V5) / S(V1) [mV] : 1.47

$$R(V_5)/S(V_1) \quad [mV] : 1.4$$

R(V5) + S(V1) [mV] : 2.18

«Conclusions»

Ryth. sinusoidal norm.

Dévia ax gche modérée

Devia. ax. gene moderée.

****Le rapport doit être confirmé par un médecin****

AUTO 10mm/mV

I

II

III

aVR

10mm/mV

aVL

aVF

V1

V2

25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT