

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## iologie 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.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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



Maladie

Dentaire

Optique *93561*  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *9268* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *ICHCHOU Abdellaziz*

Date de naissance : *11-12-1955*

Adresse : *Hay EL Qods Resid. ELFATIR Im Yasmine n°2*

Bernoussi Casablanca.

Tél. : *06 73 23 34 52* Total des frais engagés : *627,40* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. BAADDY Naima  
Cardiologue  
طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين  
Cité Alqas Tranche 1 Rue 16 Numéro 75  
1er étage Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél: 05 22 75 18 35*

Date de consultation : *20/11/2021*

Nom et prénom du malade : *ICHCHOU Abdellaziz* Age : *66*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Hypertension*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *Accident*

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 : *Sidi Bernoussi* Le : *20/11/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

### 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
MM/21	CS + PLS		250	Handwritten signature and stamp over the table.

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FOULARAT El JAMALI AL GHAMMAD TAOUFIK 86 Al Fouarai, Hay Al Qods, C.C.E.L Qods Casablanca - Tél: 0522 76 00 00	20/12/21	377440

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

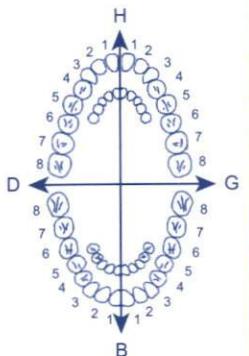
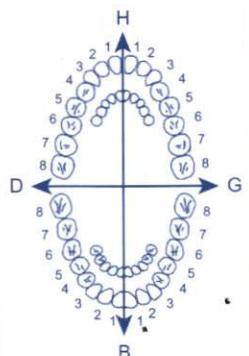
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de

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			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	B	00000000	MONTANTS DES SOINS
B	35533411		11433553	DATE DU DEVIS
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DE L'EXECUTION
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 و بوردو بفرنسا  
 ارتفاع الضغط الدموي

فحص القلب و الشرايين بالصدى و الدوبلير بالألوان  
 تحفيظ القلب أثناء الجهود



PHARMACIE FOUARAT  
 MAMMED TAOUFIK  
 C.C. EL QODS 2  
 0522761835

Casablanca le :

20/11/2021

Mr Ichchou Abdelaziz



3x 98,10

- Cosyrel 5/5 1-0-0

3x 27,70

- Cardio aspirine

(3 mois) 0-1-0 (3 mois)



الدكتورة بعدى نعيمة  
 Dr. BAADDY Naima  
 Cardiologue  
 طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين  
 Cité Alqods 15 Tranche 1 Rue 16 Numéro 75  
 1er étage Sidi Bernoussi Casablanca  
 Tél.: 05 22 75 18 35

377,40

PHARMACIE FOUARAT  
 JAMALI MOHAMMED TAOUFIK  
 36 comprimés pelliculés sécables  
 Tel. Al Fouarat, Hay Al Qods, C.C. El Qods 2  
 0522761835 - Casablanca

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
 Acide acétysalicylique  
 P.P.V. : 27,70 DH  
 Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
 Acide acétysalicylique  
 P.P.V. : 27,70 DH  
 Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
 Acide acétysalicylique  
 P.P.V. : 27,70 DH  
 Bayer S.A.



حي القدس شارع الإمام اسحاغي تجربة إي رقة 16 رقم 75 الطابق، سيدي بنوسي الدار البيضاء

Cité Alqods Av Imam Chaffi, 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 :

Name: ichchou abdelaziz Cli No.:

Sex: Male

Age: 65Y

SN: 0009307

Section:

CaseNo.:

BedNo.:

Date: 20/11/2021 11:51:33



Frequency:	1000Hz	QT Interval:	388ms	Prompt: Total Beats 8 , Normal Beats 8 .
Sample Time:	8s	QTc Interval:	408ms	Longitudinal Left axis deviation; I AV block; possible old inferior MI;
HR:	67bpm	P Axis:	36.50; ā	
P Interval:	97ms	QRS Axis:	2.40; ā	
QRS Interval:	74ms	T Axis:	58.10; ā	
T Interval:	190ms	RV5/SV1	0.80/0.85mV	
PR Interval:	201ms	RV5+SV1	1.65mV	

Doctor: