

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Radiologie 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



Déclaration de Maladie

M23-005861 **151866**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5340** Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **MOUARI Bouchaib**
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : **0663517268** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. BAADDY Naima Cardiologue**
 Date de consultation : **02/03/2023**
 Nom et prénom du malade : **Bouchaib Mouari** Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **HTA**
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

ADHERENT

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

02/10/2023 8x265 300 2

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Praticien ou du Fournisseur Date Montant de la Pature

02/10/2023 103,60

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

Diagramme dentaire (Denture) avec numérotation 1-8 et lettres H, B, D, G.

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

Diagramme dentaire (Denture) avec numérotation 1-8 et lettres H, B, D, G.

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

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 بعدي نعيمة

خريجة كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء و بورديو بفرنسا

ارتفاع الضغط الدموي

فحص القلب و الشرايين بالصدى و الدوبلير بالألوان

تخطيط القلب أثناء المجهود

LOT 22A06 2
EXP 01 2026
APV 81.00 DH

Casablanca le

02/03/2023

PPU 22DH10
EXP 09/2024
LOT 26014/3

M^W Boucharib Rouarid

82.00

= Fibrolard 200



22.40

= ASKedil 75



T: 203.40

PHARMACIE SEMLALI
n°83, Angle des Rues J1 et J2
Sidi El Khradi
Tél : 05 22 89 62 93

الدكتورة بعدي نعيمة
Dr. BAADDY Naima
Cardiologue

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

Cité Alqods Tranche I Rue 16 Numéro 75

1er étage Sidi Bouanassi Casablanca

Tel : 05 22 55 18 35

ECG

Nom : mouarid bouchaib

Cli No.:

SN:0003015

Sex:

Age:

Section:

CaseNo.:

Lit No:

Date:02/03/2023 17:43:42



00:00 AC 25mm/s 10mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	176 ms
Temps d'écha	12s	QT Interval:	272 ms
FC:	98bpm	QTc Interval:	347 ms
P Interval:	162ms	P Axis:	87.30jã
QRS Interval:	73 ms	QRS Axis:	85.60jã
T Interval:	157 ms	T Axis:	58.10jã

Prompt:

Total Battem18 ,Battements No18 .
in gear Sinus mode Target rate:right atrium Hypertrophy,Abnormal ECG.

Docteur: