

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

M23-0018602

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3486 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUAL MOHAMED
 Date de naissance : 1944
 Adresse : DEROUA
 Tél. : 0668387993 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BABOU Balkis
 Spécialiste des Maladies Cardio-Vasculaires Adultes et Enfants
 600, Av. Driss Harti 1er Etage Db. Lajjar
 Cité Djmaâ, Préfecture d'arrondissement Ben M'sick
 Tél. : 05 22 56 76 56 - Urgence : 06 66 54 77 15
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 21/02/2024
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : palpitations
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC
 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 : DEROUA Le : 04/03/2014
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
21/02/24		C8 + 2606	300,00	Dr. BABOU BAKIS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie REGIONALE D: SP. BENJELLOUN 14, Lot NAIT N°4-DEROU INPE: 06 20 74 810	21.02.24	126,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

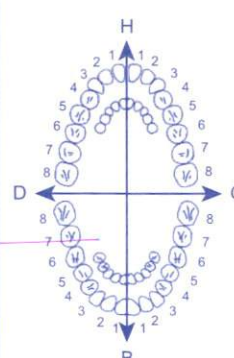
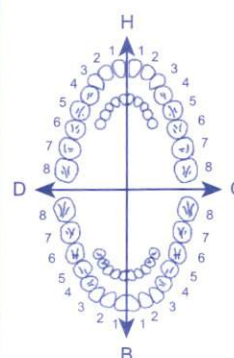
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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															
				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 <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>D</td> <td>G</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> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Balkis BABOU

Spécialiste des maladies

Cardio-Vasculaires

- Echodoppler cardiaque-couleur
- Holter tensionnel - Holter Rythmique
- Epreuve d'effort
- Spécialiste de la cardiologie pédiatrique
- Traitement et suivi de l'hypertension artérielle et des dyslipidémies
- Cardio - Oncologue



الدكتورة بلقيس بابو

أخصائية أمراض القلب و الشرايين

- الفحص بالصدى بالألوان
- تخطيط القلب عند المجهود
- علاج أمراض القلب عند الأطفال و الرضع
- علاج و تتبع أمراض الضغط الدموي
- و أمراض الكوليسترول
- تسجيل الضغط الدموي ودقات القلب على المدى الطويل
- علاج أمراض القلب عند مرضى السرطان

21/02/2024

Casablanca : الدار البيضاء في :

Ayout Fatima

1) - Avlocandyl 40

1/2 cp x 2 j ajs

2) Neovimag plus

1 cp j le soir

Dr. BABOU Balkis
Spécialiste des Maladies
Cardio-Vasculaires Adultes et Enfants

600, Av. Driss El Harti, 1^{er} Etage Db. Lahjar
Cité Djmaâ, Préfecture d'Arrondissement Ben Msick
Tél : 05 22 56 76 56 - Urgence 06 66 54 77 15

NEOVIMAG®
PLUS

Lot :

À consommer de

préférence avant le :

LOT : NF19

EXP : 12/26

PPC : 84,50 DH

LOT : 23E03V
PER : 12/2025

AVLOCARDYL 40MG

CP SEC B50

P.P.V : 41DH80



6 118000 010227



المختبر المركزي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

Numéro de demande : 20240228058

Code patient : 20220516021



Résultat d'analyse : **Mme AYOUD Fatima**

Né(e) le 01-01-1960, âgé(e) de 64 ans

Prélèvement du **28-02-2024 à 12:24**

Prescripteur : Dr BABOU BALKIS

Résultats

Normes

Antécédents

BIOCHIMIE SANGUINE

Indice de lipémie

Indice d'hémolyse

Indice d'ictère

Lipide

Non hémolysé

Non ictérique

Transaminases GOT (ASAT)

(Méthode IFCC, Mindray BS-240-PRO)

17 UI/L

(<35)

16-05-2022

16

Transaminases TGP (ALAT)

(Méthode IFCC, Mindray BS-240-PRO)

8 UI/L

(<34)

16-05-2022

6

Validé par : Dr. Karrat Jawad

**LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES
MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES**

Dr Jawad KARRAT

Bat. C, Lotissement Annajah, Deroua

Tél.: 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11

Dr BABOU Balkis

Nom :AYOUT FATIMA

Sex: Lit No:

Age: Date:21/02/2024 16:40:14

SN:000651 Section:

Cli No.: CaseNo.:

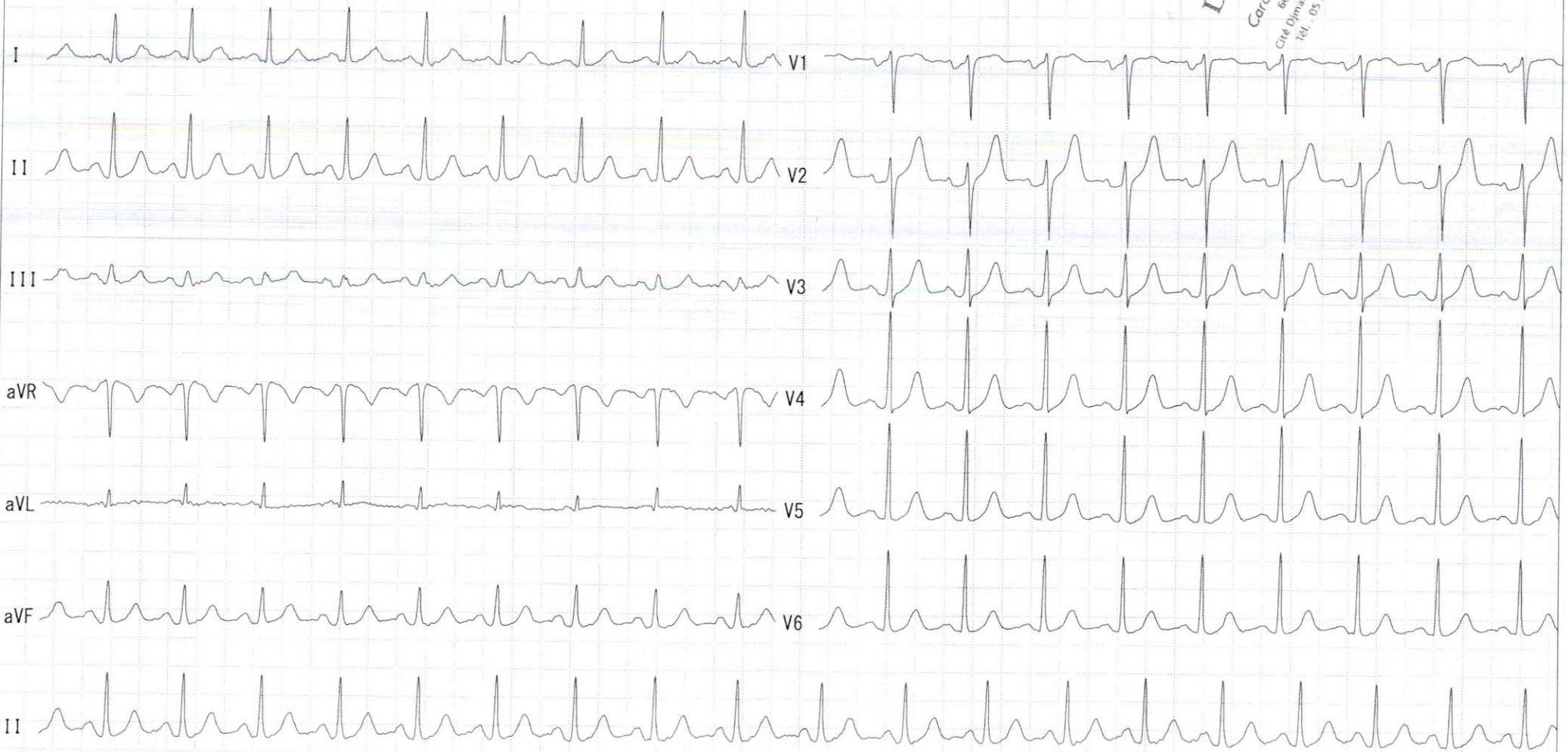
Fréquence: 1000Hz
Temps d'écha 13s
FC: 110bpm
P Interval: 90ms
QRS Interval: 78ms
T Interval: 137ms
PR Interval: 122ms

QT Interval: 252ms
QTc Interval: 341ms
P Axis: 64.70°
QRS Axis: 52.70°
T Axis: 59.70°
RV5/SV1 1.58/0.93mV
RV5+SV1 2.51mV

Prompt:

Dr. BABOU Balkis
Spécialiste des Maladies Cardio-Vasculaires Adultes et Enfants
600 Av. Griss Hami 1^{er} Etage Dj. Lahjar
Cité Djimai, Préfecture d'Alger
Tél: 05 23 56 76 56 - Urgence 06 33 34 77 15

Docteur:



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