

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

armacie :

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.

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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0047910

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1901 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JABRAINE Hassan

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : cité ESSALAM AL YASMINÉ GHAR SIM 74

APP 7 EP au 1er étage

Tél : Total des frais engagés : 548,20 / 198,20 Dhs

+250

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/07/2019

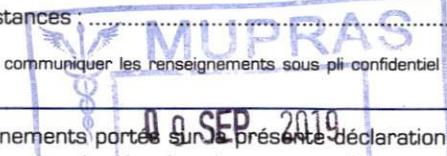
Nom et prénom du malade : CH. AABI Saida Age : 1958

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : cardiopathie dilatée

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 : Centre Allal Ben Abdellah

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

Le : 10/09/2019

ACCUEIL SEPTEMBRE 2019

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Date du devis Fin de
DROITE	GAUCHE				
11	21				
12	22				
13	23				
14	24				
15	25				
16	26				
17	27				
18	28				
19	29				
20	30				
21	31				
22	32				
23	33				
24	34				
25	35				
26	36				
27	37				
28	38				
29	39				
30	40				
31	41				
32	42				
33	43				
34	44				
35	45				
36	46				
37	47				
38	48				
39	49				
40	50				
41	51				
42	52				
43	53				
44	54				
45	55				
46	56				
47	57				
48	58				
49	59				
50	60				
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
DROITE	GAUCHE	H			
11	21	25533412	21433552		
12	22	D 00000000	00000000	G	
13	23	00000000	00000000		
14	24	35533411	11433553		
15	25				
16	26				
17	27				
18	28				
19	29				
20	30				
21	31				
22	32				
23	33				
24	34				
25	35				
26	36				
27	37				
28	38				
29	39				
30	40				
31	41				
32	42				
33	43				
34	44				
35	45				
36	46				
37	47				
38	48				
39	49				
40	50				
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
VOLET ADHERENT		NOM :		Mle	
DECLARATION N°		W18-370533			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W18-370533

DATE DE DEPOT

..... / /201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom TABRA NAÏE Hassan

Fonction : Retraité Phone : 0663291879

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

SAïDA

Adhérent Conjoint Enfant Age

61 ans

Date 11/07/19

Nature de la maladie

Cardiopathie dilatée

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

Ct+ECG

250,00

PHARMACIE

Date 11-07-19

Montant de la facture

548,00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

Dr. ASKOUR Mervem
Spécialiste des Maladies
Cardiaques, Musculaires
Boulevard Amynoune Lotissement Youssouf
Rue N° 7 Residence Riad Garden Imm 2
Appart 3
El Yassmine Huy Hassani - Casablanca

PHARMACIE BALSAM
EL YASSMINE
Imm 79 GH R5-OR N°4, Addouha,
El Yassmine Huy Hassani - Casablanca
Tél :
Pour Ordonnances

Docteur ASKOUR Meryem

Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires

DU de Cardiologie Congénitale et Pédiatrique

Ancienne interne du CHRU de Lille

Echodoppler Cardiaque - Holter ECG

Holter tensionnel - Epreuve d'effort

الدكتورة مريم أسكور

اختصاصية أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب ليل بفرنسا

Casablanca le :

11/07/2019

Mme

CHAABI SAIDA

57,80 + 84,60

LOT: 1081
PER: 02/21
PPV: 84,60 DH

PPV
57,80

① TAHOR 10mg : 1cp/j matin

145,90 on TORVA

145,90

SV

SV

COVERSYL 5mg : 1cp/j matin

rimés sécables B/2
PPV: 54,10 DH

SV

cp/j matin

SACHETS B30

PPV: 300DH - 30,70x3

ARDENSIEL 2,5:

PPV: 30DH70

PPV: 30DH70

75mg : thyrox® 50µg,
imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

thyrox® 50µg,
imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

thyrox® 50µg,
rimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

SV

SV

SV

KARDECIC

thyrox® 50µg,
imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

thyrox® 50µg,
imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

thyrox® 50µg,
rimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

SV

EVOTHYKOX 50 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

EVOTHYKOX 25 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

EVOTHYKOX 25 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

SV

EVOTHYKOX 25 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

EVOTHYKOX 25 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

EVOTHYKOX 25 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

SV

EVOTHYKOX 25 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

EVOTHYKOX 25 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

EVOTHYKOX 25 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

SV

EVOTHYKOX 25 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

EVOTHYKOX 25 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

EVOTHYKOX 25 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

SV

EVOTHYKOX 25 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

EVOTHYKOX 25 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

EVOTHYKOX 25 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

SV

EVOTHYKOX 25 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

EVOTHYKOX 25 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

EVOTHYKOX 25 µg

imés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

SV

PHARMACIE EL YASMIN

El Yasmine N°4, Addouha,
Casablanca

Tél: 05 22 98 50 98 - GSM: 06 94 67 20 41 - E-mail: meryemaskour@gmail.com

Pour Ordonnances

Dr. ASKOUR Meryem
Spécialiste des Maladies
Cardio Vasculaires
Boulevard Laymoun Lotissement Youstra
Rue N° 7, résidence Riad Garden imm. 2
Appart 3, 1er étage Oulfa - Casablanca

548,20

GE MAC1200 ST

CHAABI, SAIDA , ASKOUR

FC 78/min

QWERET:

Résultats mesures

QRS : 156 ms

QT/QTcB : 410 / 468 ms

PQ : 170 ms

P : 110 ms

RR/PP : 766 / 765 ms

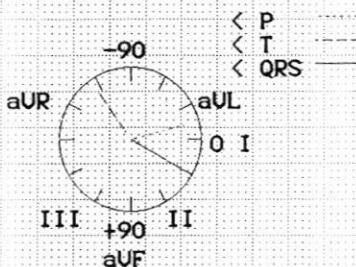
P/QRS/T : -15/-30/-125 degrés

QTD/QTcBD: 70 / 80 ms

Sokolow : mU

NK 6

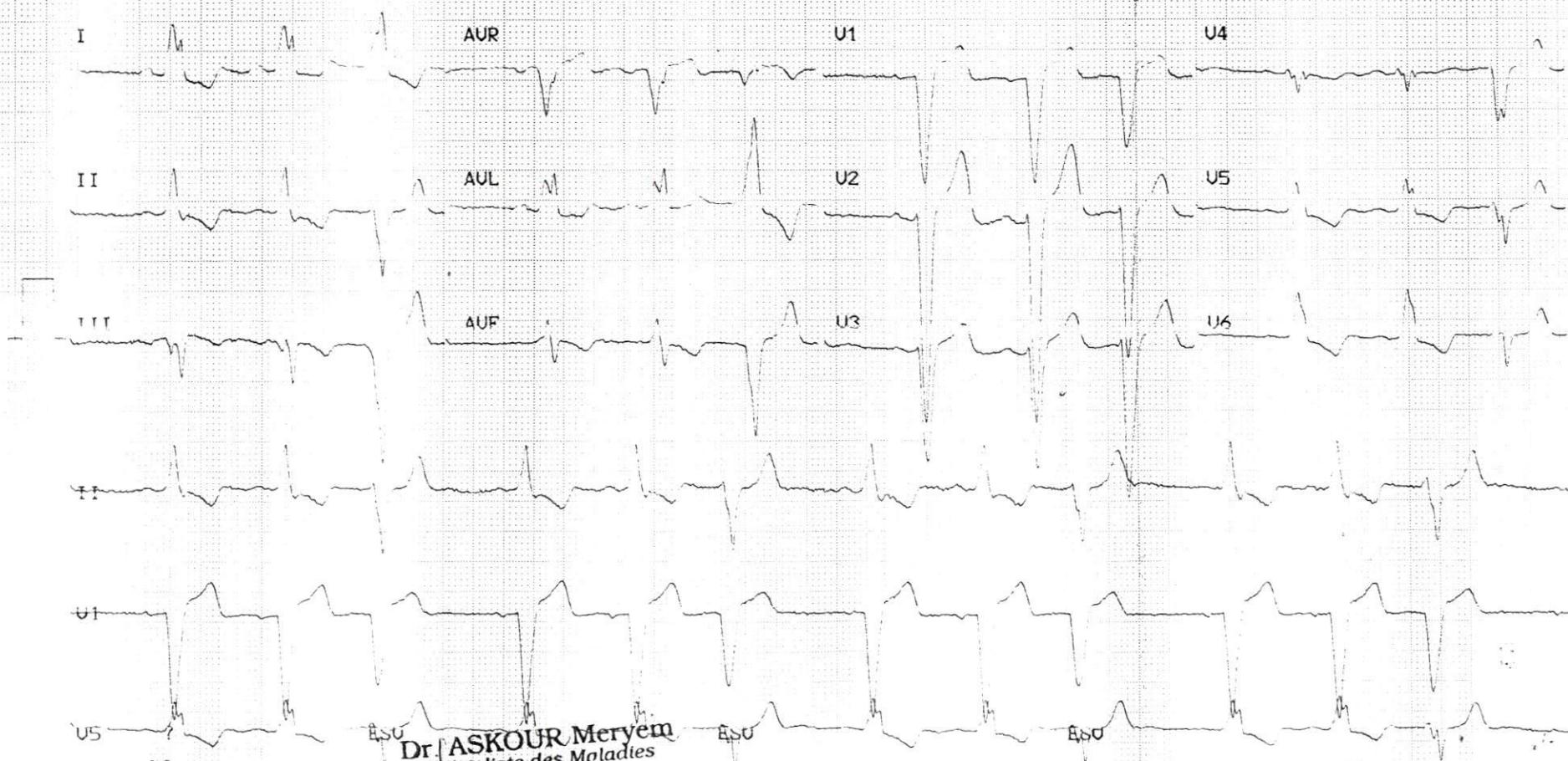
FFFF:



Interprétation:

IM probable (inferior)
bloc de branche gauche complet
extrasystole ventriculaire (ESU)
ECG anormal probable

1922-1923



Dr ASKOUR Meryem
Spécialiste des Maladies
Cardio-Vasculaires
Boulevard Abdourahman Lotissement Youssoufia
Sous Nr 2 Residence Riad Garden Immeuble 2
Appartement 1005 Casablanca ADS

111 JUL 2019

50Hz 0.08 - 40Hz 4x2.5R3 Mode auto U6.2 12i (1)