

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

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.



Déclaration de Maladie

Nº P19-0041366

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

23/12/21

Matricule : 2185	Société : R.A.M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : AKHRIFF - KHAZIL		
Date de naissance : 13.11.1954		
Adresse : 5B Rue Kenitra cité de l'air nasseur		
Tél. : 0661183475	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MESSAOUDI TAHAR Age: 55

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 sur ce pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

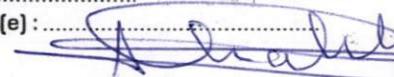


J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 02.10.2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
11/02/2020	ECHO-Doppler Cardiaques		250 DH	
			650 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE MOURA 244 LOT 107 DI BIRMA S.A.S. DÉPÔT PHARMA 244101 PHARMACIE DE MOURA	11/2/20	1156,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

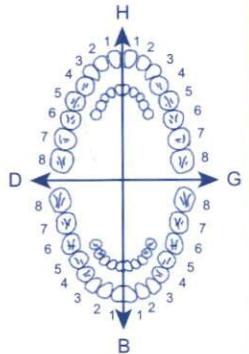
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent										
													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES													
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">B</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
Coefficient des Travaux													
Montants des Soins													
Date du devis													
Date de l'exécution													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : *Bd. Bourguiba - 1000
Khalifa Residence Dar Annahar
RDC - Casablanca*

Certifie que Mle, Mme, M. : *NF Sbaoui IMAINE*

Présente *Une hypertension artérielle*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *longue durée*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) *Nebivolol 5 mg 1/2 - 0 - 1/2*
- Amlodipine 5 mg 1/2 - 0 - 1/2

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

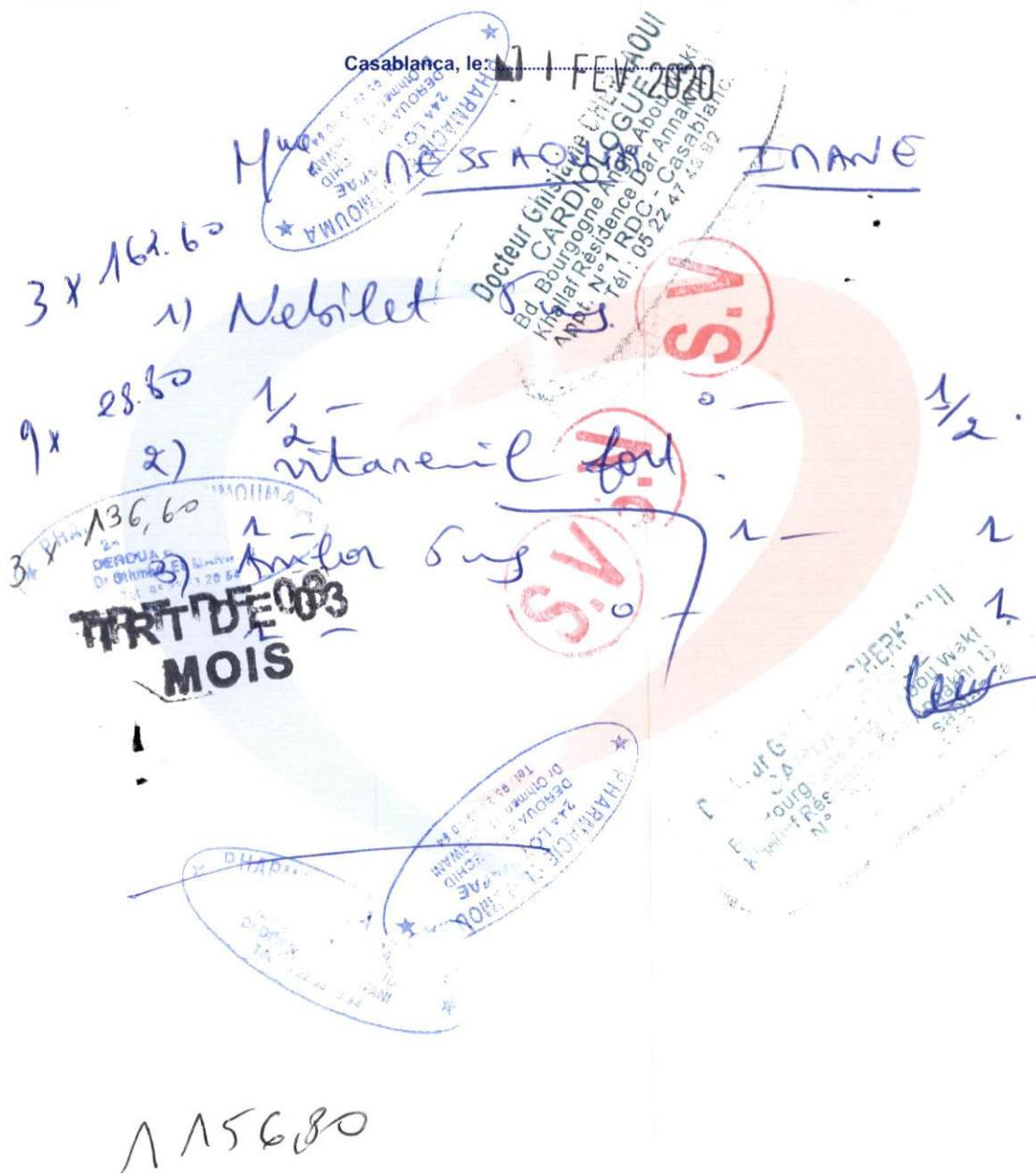
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Docteur Ghislaine CHERKAOUI

**Spécialiste des Maladies du Coeur
des Vaisseaux et de l'Hypertension
Artérielle**



الدكتورة غزلان الشرقاوي
إختصاصية في أمراض القلب
والشرايين وإرتفاع الضغط الدموي



Bd Bourgogne, Angle Abou Wakt khallaf, Résidence Dar Annakhil II - Appart. N°1, RT Casablanca

Tél.: +212 522 474 382 - E-mail : lghislaine.cherkaoui@gmail.com

ICE : 001649221000047

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 162DH60

PPV 162DH60

NEBILET® 5mg
28 comprimés O

* VIGNETTE

PPV

LOT

PER



28,80



PPV

LOT

PER



28,80



PPV

LOT

PER



28,80



PPV

LOT

PER



28,80



PPV

LOT

PER



28,80

PPV

LOT

PER



28,80



PPV

LOT

PER



28,80



PPV

LOT

PER



28,80



PPV

LOT

PER



28,80



UT.AV : 0 4 2 0 2 2

P.P.V.

1 3 6 6 0

LOT N° : 1 2 7 4 2 8 1

UT.AV

: 0 4 2 0 2 2

P.P.V.

1 3 6 6 0

LOT N° : 1 2 7 4 2 8 1

UT.AV

: 0 4 2 0 2 2

P.P.V.

1 3 6 6 0

LOT N° : 1 2 7 4 2 8 1

09366130/3

Docteur Ghislaine CHERKAOUI

Spécialiste des Maladies du Coeur
des Vaisseaux et de l'Hypertension
Artérielle



الدكتورة غزلان الشرقاوي

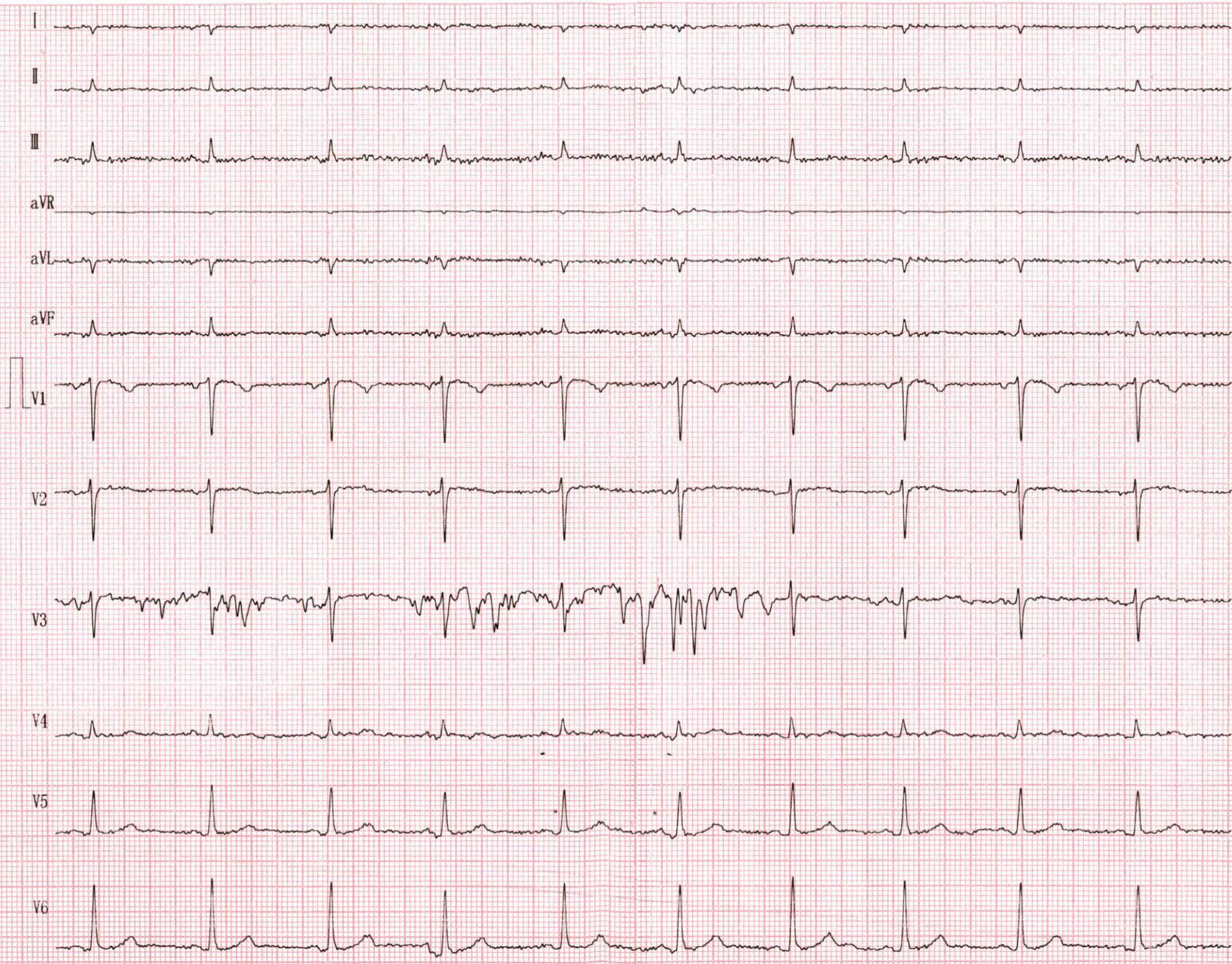
اختصاصية في أمراض القلب
والشرايين وإرتفاع الضغط الدموي

Casablanca, le: 11 FEV 2020

Mme NESSAOUF INANE a
besoin d'effectuer un bilan
angiographique (bilan de
retrograde de l'ARTA) et pr
éparer de prothèses et bypasses

Lors de

Docteur Ghislaine CHERKAOUI
CARDIOLOGUE
Bd. Bourgogne Angle Abou Wakt
Khallaf Résidence Dar Annakhil II
Appt. N°1 RDC Casablanca
Tél.: +212 522 474 382
E-mail : lghislaine.cherkaoui@gmail.com



15mm/s 10mm/mV AC50 EMG ADS DR CHERKAOUT f

33

210X30

TA = 135/80 mmHg

NESSE Aoudi IMANE

Name: At ja lVRI

Vent. Rate(BPM) : 64

<ECG Analysis Result>

ID: 412740

PR Int.(ms) : 146

112 Dextrocardia(?) Check Again

Sex: Male

P/QRS/T Int.(ms) : 117 110 230

816 SupraVentricular rhythm

Age(Y): 30

QT/QTc Int.(ms) : 430 444

743 Suspect Lateral Infarction

Ht.(cm): 170

P/QRS/T Axis(Deg.) : 106 108 99

Wt.(Kg): 65

RV1/SV5 Amp.(mV) : 0.12 0.00

B.P.(KPa): 110/70

RV5/SV1 Amp.(mV) : 0.95 1.11

2020-02-11 12:11

V3.0

Technician :

Note : Unconfirmed Report Reviewed By:





Le 11/02/2020

Mme MESSAOUDI IMANE

Compte rendu Echocoeur transthoracique

Ao: 20
OG: 34

SIV: 10
PP: 9

VG: 43/24
FR: 42%

FE: 74%

- VG non dilaté, non hypertrophié, de bonne fonction systolique segmentaire et globale.

FEVG : 74%.

- Profil mitral normal.
- Valves mitrales non épaissies, de bonne ouverture.

→ Pas de RM avec IM grade I.

- Sigmoïdes aortiques au nombre de trois cusps, souples sans sténose ni fuite aortique. Flux aortique à 1.34m/s
- OG non dilatée avec surface à 18 cm².
- Cavités droites non dilatées : VD à 21 mm, bonne fonction VD, TAPSE : 21mm.
- VCI fine mesurant 13 mm et compliant.

Au total :

- VG de taille et de fonction systolique globale et segmentaire normales.
- OG non dilatée.
- Fuite mitrale grade I.
- Cavités droites de taille et de fonction systolique normales.
- Pas HTAP.
- VCI fine et compliant.
- Péricarde sec.

Docteur Ghislaine CHERKAOUI
Bd. Bourgogne Angle Abou Wakt
Khalaf Résidence Dar Annakhil II
Appart. N°1 RDC - Casablanca
Tél : 05 22 47 43 82

Casablanca le : 11/02/2020

NOTE D'HONORAIRES

PATIENTE: Mme **MESSAOUDI IMANE**

CONSULTATION+ECG..... 250.00DH
ECHODOPPLER CARDIAQUE..... 650.00DH

.....
Arrêté le montant de la présente facture à la somme de :
NEUF CENT DIRHAMS

