

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 canaux, 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 canaux.

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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-443765

25 03 2020

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8828 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TOUMANI Asma

Date de naissance : 22/08/66

Adresse : Chaifa III In 19 n°14 caser.

Tél : 0661327042 Total des frais engagés : 250 DHS

2193

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mourad OUAZRY
Cardiologue
S, Av Hassan II - Mohammedia
Tél : 07730 04 12

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25-01-2020

Nom et prénom du malade : Toumani Asma

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie : 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 : Casablanca

Le : 25 / 01 / 2020

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

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
25-1-20	S+ECG		5 2500	INP: 091116384 Dr. Mourad OUAZ Cardiologue 5, Av Hassan II - Mohamr

Dr. Mourad OUAZRY
Cardiologue
5, Av Hassan II - Mohammédia
Tél : 05 23 30 04 14

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

[illegible]

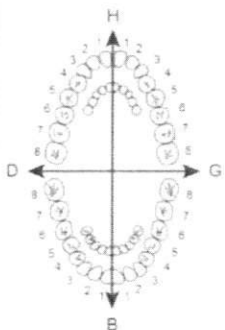
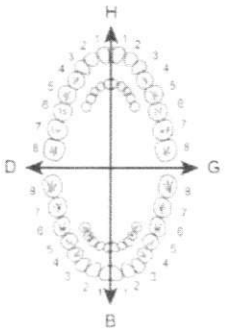
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OOF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>01433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	01433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	01433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الوزارة المغربية للصحة
royal de maroc

visite suite SDe Néfical

Médecine du Travail

Casablanca, le 12.12.19

Communication ECG

Nom : TOUMANI

Matricule : 8828

Sexe : F

Prénom : ASMAA

Fonction : Agent traitant

Age : 53

Poids : 73

Taille : 161

TA : 13/7

ATCD	OUI	NON	Observation
Diabète type 1		✓	
Diabète type 2		✓	
Cardiopathie		✓	
Dyslipidémie		✓	
Dysthyroïdie		✓	
Tabagisme		✓	
Autres : lumbalgie, scoliotique			

ECG réalisé par : SOPHIA

Interprétation ECG : normal

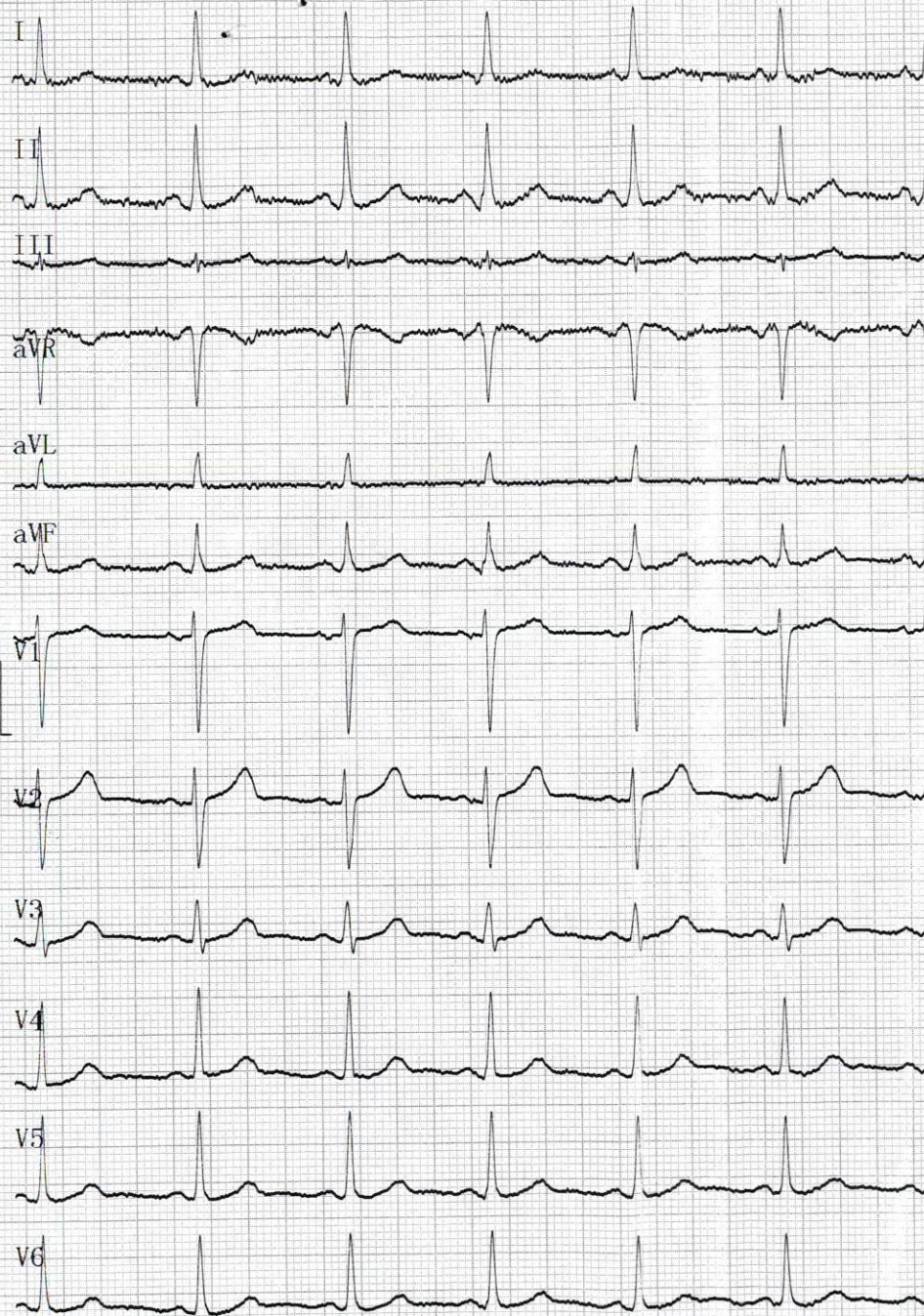
Recommandations : Co + Echo + EF

Dr. BENCHAKROUNE Driss
Cardiologue - Rythmologue
193, Bd. Oum Rabii Oulfa - Casablanca
0522 90 80 20 - Urg. : 06 61 14 87 87

2019-12-10, 09:19
10mm/mV

En temps réel

mmHg



Nom:

ID: 191210000

Sexe:

Age:

D. D. N:

Taille:

cm

Poids:

kg

PA.:

mmHg

Médication:

Symptôme:

HM:

Demande:

Division:

Fréquence Cardiaque

73 bpm

Intervalle PR

148 ms

Duration QRS

85 ms

Intervalle QT/QTc

398/441 ms

Axe P/QRS/T

45/31/45 °

Tension RV5/SV1

1.17/1.32 mV

Tension RV5+SV1

2.49 mV

+++++ Résultat d'analyse +++++

8110 Rythme sinusal

51 Anomalie ST, ischémie sous-endocardique pos.
(V4)

1014 == ECG anormal ==

Date de rédaction:

Rapport non confirmé Docteur:

Vitesse: 25mm/s filtre: H50 d 35Hz AC: 50 Hz BIO CARE ECG-1200

2020-01-22, 10:51

En temps réel

10mm/mV

Nom:

ID : 200122000

Sexe:

Age:

D. D. N.:

Taille: cm

Poids: kg

PA. :

Médication:

Symptôme:

HM:

Demande:

Division:

Fréquence Cardiaque

68 bpm

Intervalle PR

154 ms

Duration QRS

84 ms

Intervalle QT/QTc

379/404 ms

Axe P/QRS/T

63/32/58 °

Tension RV5/SV1

1.12/0.96 mV

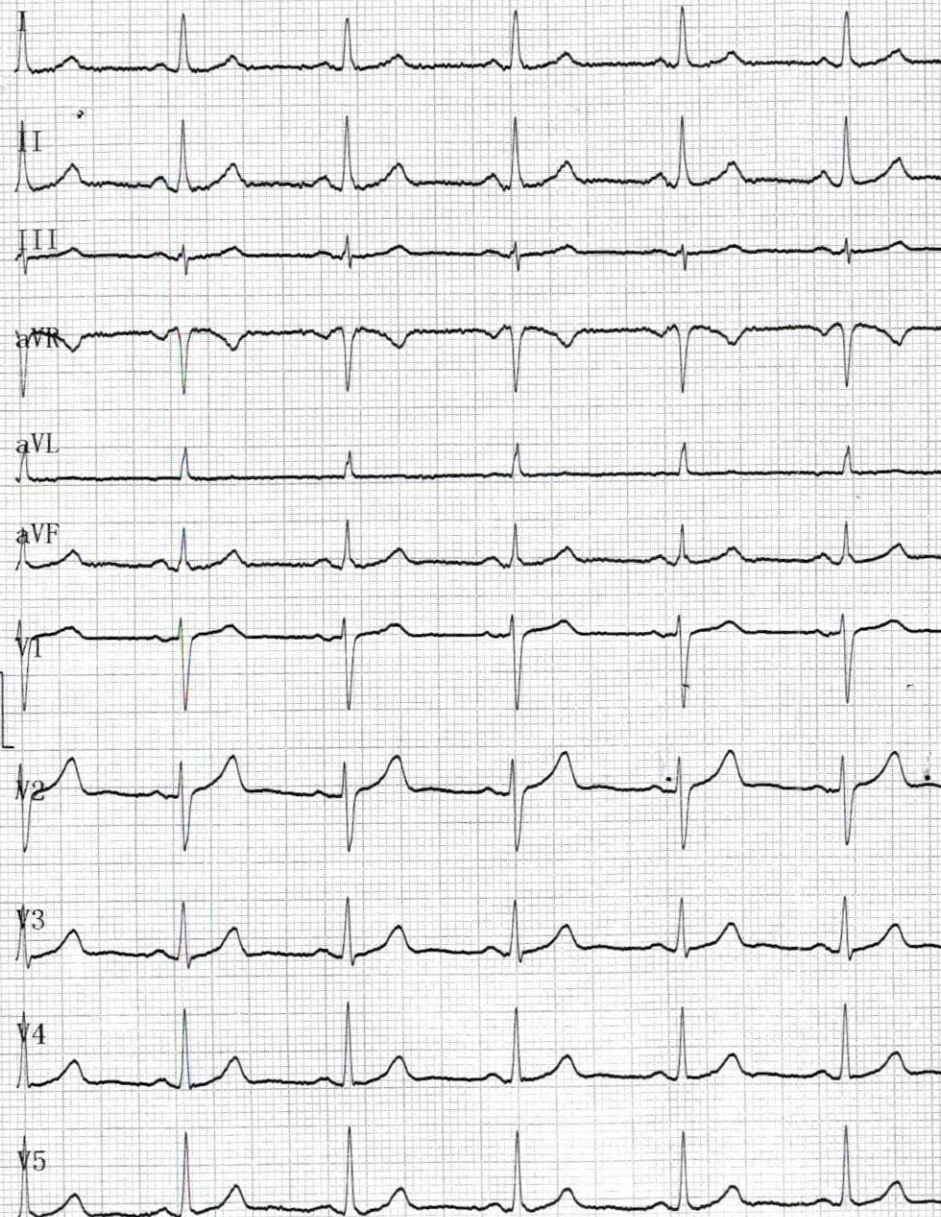
Tension RV5+SV1

2.08 mV

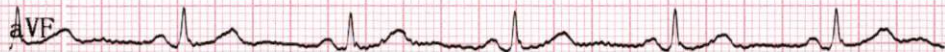
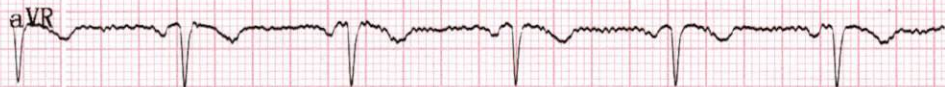
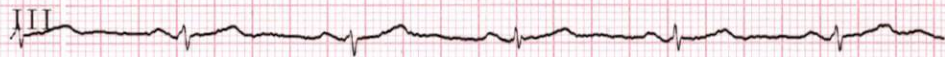
***** Résultat d'analyse *****

8110 Rythme sinusal

1010 == ECG normal ==



AUTO 10mm/mV



III 10mm/mV



10mm/mV

