

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

- Reclamation : 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

M23-007131

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02520 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AMADOU MOSTAPHA 163585
 Date de naissance : 20/09/1954
 Adresse : 62 RUE IBRAHIM NAFIS APP. N°8 ETAGE 3 - MARRAKECH
 Tél. : 0678588384 Total des frais engagés : (70,10 + 3000) Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Chadia BENCHEQROUN
 CARDIOLOGUE
 63, Bd d'Anfa, Angle Rue Washington - Casabl. nce
 Tél/Fax : 0522 20 33 49 / 0522 20 11 71
 N° INP : 091 021 865

Date de consultation : 01/06/2023
 Nom et prénom du malade : KILAYANACHA D A G ARADOU
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : IFA
 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 : 01/06/2023 Le : 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
11/06/23	G	300		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/06/23

701.40

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

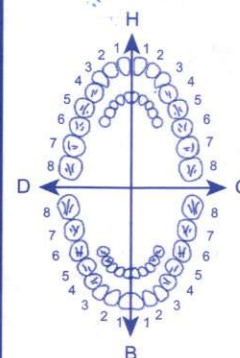
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

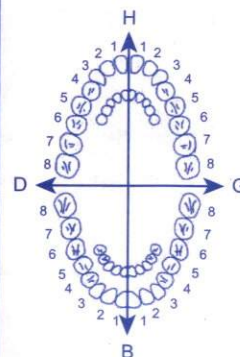
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(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

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr Chadia BENCHEQROUN

Cardiologue

Ancienne externe des hôpitaux de Paris

Ancienne interne des hôpitaux de Bordeaux

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

CES des maladies du cœur et vaisseaux

Diplômée d'écho-doppler cardiaque et vasculaire

Membre de la Société Française de Cardiologie

Filiale Pédiatrique et Filiale d'Echocardiographie

CASABLANCA, LE 1^{er} JUIN 2023

MADAME KHAYAR AMADOU RACHIDA

138.10x3

1/- PREZAR 100 MG
1 CP/J LE MATIN.

97.70

2/- AMEP 5 MG
1 CP/J LE MATIN.

30160x2

3/- ESIDREX 25 MG
½ CP/J LE MATIN.

TRAITEMENT DE TROIS MOIS

64.10x2

4/- AXIMYCINE 1 G 1 BOITE
1 CP X 2/J MATIN ET SOIR.

5/- DOLIPRANE 1 G 1 BOITE
1 A 3 CP/J SI BESOIN

F 701.40

Pharmacie CHAABI
Mme CHAABI. K
Rue Noulas E/ Nahoul, Maarit
0522 99 09 22 Casabl

بوردية بنشقرن
Dr. Chadia BENCHEQROUN
CARDIOLOGUE
63, Bd d'Anfa, Angle Rue Washington - Casabl
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71
N° INP : 091 021 865

PPV 138DH10
PER 02/26
LOT M391

PPV 138DH10
PER 02/26
LOT M391

PPV 138DH10
PER 02/26
LOT M391

LOT 221040
EXP 07/2025
PPV 97.70DH

PPV 30.60 DH
LOT 6088 PER 11/25

PPV 30.60 DH
LOT 6088 PER 11/25

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 260079
EXP 11/2024

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 100043
EXP 02/2024

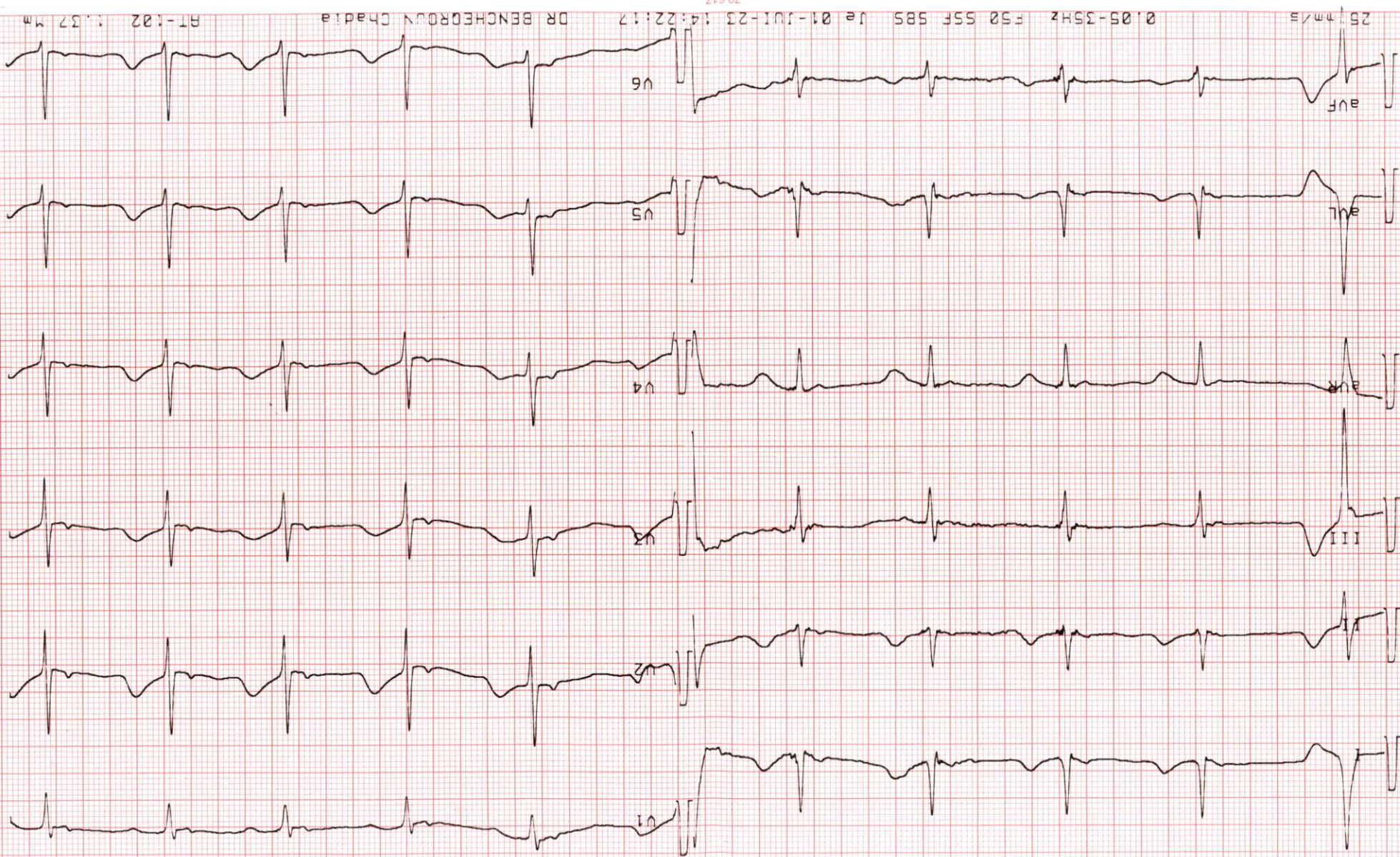
CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES
Dr BENCHEQROUN Chadia
Cardiologue

NOM : KHAYAR AMADOU
PRENOM : RACHIDA
AGE : 61 ANS
DATE : 1^{er} /06/2023

COMPTE-RENDU D'ELECTROCARDIOGRAMME

- Rythme cardiaque sinusal à 64 B/mn.
- Espace PR normal.
- Axe de QRS à + 1 degré.
- Ondes T légèrement négatives en DIII.
- Pas d'hypertrophie ventriculaire gauche.
- 1 extrasystole ventriculaire.

الدكتورة شادية بنشقرن
Dr. Chadia BENCHEQROUN
CARDIOLOGUE
63, Bd d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71
N° INP : 091 021 865



FC: 64/min
Axes: P 0° QRS 1° T 23°
Intervals: RR 934 ms P 102 ms PQ 140 ms QRS 88 ms QT 412 ms QTc 429 ms
Sokol. 2.23 mV R (V5) 1.25 mV S (V1) -0.52 mV P (II) 0.10 mV

Age:
M / F
..... cm / kg

10 mm/mV