

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.

M22- 0016687

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 02520 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : 186285

Nom & Prénom : AMADOU MOSTAPHA

Date de naissance : 20/09/1954

Adresse : 62 RUE IBNTOU NAFIS APP. N°8 MARIF

Tél. : 0678588384 Total des frais engagés : 300 Dhs + 684,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Chadia BENCHEQROUN
10, Bd. d'Anta, Angle Rue Washington - Casablanca
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

Cachet du médecin : N° INP : 091 021 865

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : VITALY AN ARZADE MARYAM Age : /

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ITIA Romote - u/ulc

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 : 12/12/2023 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : R. ACCUEIL I. BOUCHANE

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
M 12/12/23	9	3	Dr. Chadia BENCHOUROUN attestant le Paiement des Actes 63 Bd. d'Amia Amine Rue Washington - Casablanca Tél/Fax: 0522 29 33 48 / 0522 29 4171

N° INP : 021 021 865

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPEL : 0921021865	M 12/12/23	68 h.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

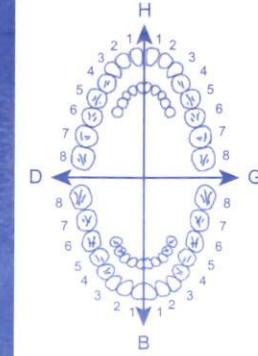
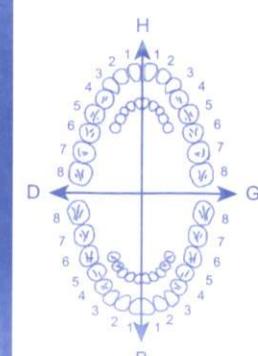
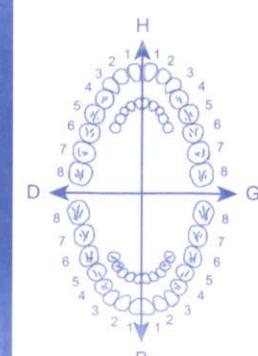
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
	00000000	00000000			
	00000000	00000000			
	35533411	11433553			
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DEBUT D'EXECUTION
	H	25533412	21433552		
	00000000	00000000			
	00000000	00000000			
	35533411	11433553			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				FIN D'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
Filière Pédiatrique et Filière d'Echocardiographie

PPV 138 DH10
PER 05/26
LOT M1801

CASABLANCA, LE 11 DECEMBRE 2023

MADAME KHAYAR AMADOU RACHIDA

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

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

3/ - ESIDREX 25 MG
½ CP/J LE MATIN.

TRAITEMENT DE TROIS MOIS

6h'10 4/- AXIMYCINE 1 G
1 CP X 3/J MATIN,MIDI ET SOIR.

1h.00 5/- DOLIPRANE 1 G _____
1 A 3 CP/J SI BESOIN

6/ - COLTRAMYL _____
1 CP X 2/J MATIN ET SOIR

7/ - UBIPROX 250 MG
1 CP X 2/J MATIN ET SOIR

1 BOITE

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

1 BOITE

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

1 BOIT

PPV 64DH10 | LOT 200061
EXP 12/2024

1 BOITE

PER: 09/26
LOT: M2944

الدكتورة شادية بنشرورون
Dr. Chadia BENCHEROUN
CARDIOLOGUE
63, Bd. d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

Nº INP : 091 021 865
49 / 0522 29 41 71

**63, Boulevard d'Anfa, Angle Rue Washington – Casablanca-
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71**

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr BENCHEQROUN Chadia

Cardiologue

NOM : KHAYAR AMADOU
PRENOM : RACHIDA
AGE : 69 ANS
DATE : 11/12/2023

COMPTE-RENDU D'ELECTROCARDIOGRAMME

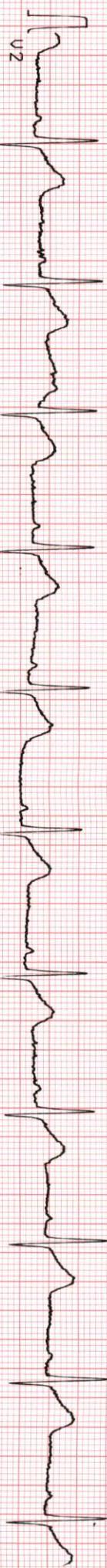
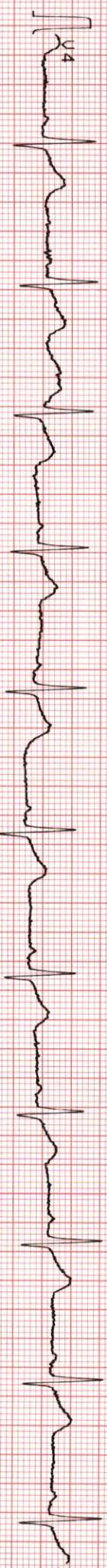
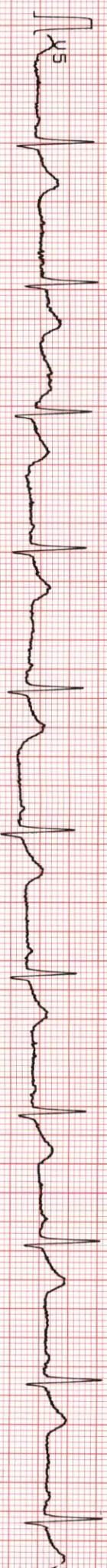
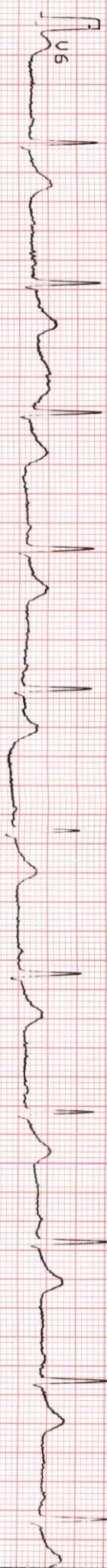
- Rythme cardiaque sinusal à 64 B/mn.
- Espace PR normal.
- Axe de QRS à + 2 degrés.
- Pas de trouble de la repolarisation.
- Pas d'hypertrophie ventriculaire gauche.
- Pas d'extrasystole.

CONCLUSION : - TRACE NORMAL.

الدكتورة شادية بنشرعون
Dr. Chadia BENCHEQROUN
CARDIOLOGUE
63, 8d d'Anfa, Angle Rue Washington-Casablanca
Tél/Fax: 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71
No INP: 091 021 865

64/min 10 mm/m

Lu 11-DEC-23 12:32:20



25 mm/s 3.25-35Hz F50

DR BENCHEGOUR Chadda

70.617
11:22 11:37 AM

FC: 64/min Axes: P - 33

QRS	2°	P (II)	0.06	mV
T	35°	S (V1)	-0.47	mV
		R (V5)	1.07	mV
		Sokol.	2.16	mV

Intervals:	RR	94	3	ms
	P	11	6	ms
	PQ	15	2	ms
	QRS	9	0	ms
	QT	41	0	ms
	QTc	42	3	ms

Бк
ш
с
и
а
б

FC:	64/min	Axes:	
Intervals:		P	-33 °
RR	943 ms	QRS	2 °
P	116 ms	T	35 °
PQ	152 ms	P (II)	0.06 mV
QRS	90 ms	S (V1)	-0.47 mV
QT	410 ms	R (V5)	1.07 mV
QTc	423 ms	Sokol.	2.16 mV

12 mm/mv

AT-1122 1.37 mm

70.617

2.05-35Hz F50 55E 305 11-DEC-23 12:32:23 CR BENCHERGUN Chacha