

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.

M23-007132

197487

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 02520

Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : AMADOU MOSTAPHA

Date de naissance : 26/09/1954

Adresse : 62 RUE IBNOU NAFISS. APP. N°8 MAARIF

Tél. : 0671588384 Total des frais engagés : Dr. Chadia BENCHEROUROUN 100000 Dhs

Cachet du médecin : 

Cadre réservé au Médecin : Dr. Chadia BENCHEROUROUN

1er étage d'Allal Ben Abdellah - Angle Rue Washington - Casablanca
Tél./Fax : 0522 29 38 49 / 0522 29 41 71

INP : 091 021 865

Date de consultation : 01/03/2014

Nom et prénom du malade : KHAYAN MAMADOU NACIRIAT Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA - Atteinte du cœur et des vaisseaux

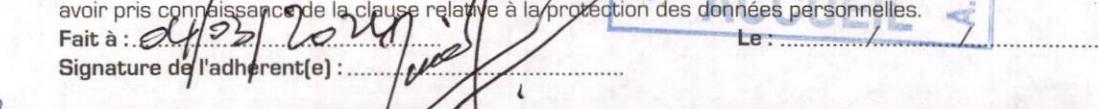
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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 : 04/03/2014 Le : / /

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
1/03/2016	9	300Dr	300Dr	Dr. ENOUE HACHIROU 10 Angle Rue Washington - Casablanca Tél. 0522 29 33 49 / 0522 29 01 00 N° INP: 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Pharmacie du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme CHAARI, K. Rue Nourass El Mahoui, Magouia 9522 99 99 22 E. 092018118	11/03/24	805.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

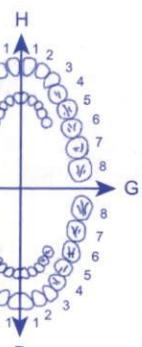
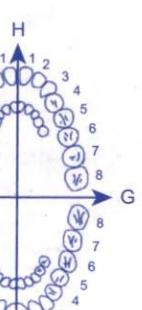
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & \hline & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES
Dr BENCHEROUN Chadia
Cardiologue

NOM : KHAYAR AMADOU
PRENOM : RACHIDA
AGE : 61 ANS
DATE : 1^{ER} /03/2024

COMPTE-RENDU D'ELECTROCARDIOGRAMME

- Rythme cardiaque sinusal à 67 B/mn.
- Espace PR normal.
- Axe de QRS à + 4 degrés.
- Pas de trouble de la repolarisation.
- Pas d'hypertrophie ventriculaire gauche.
- Pas d'extrasystole.

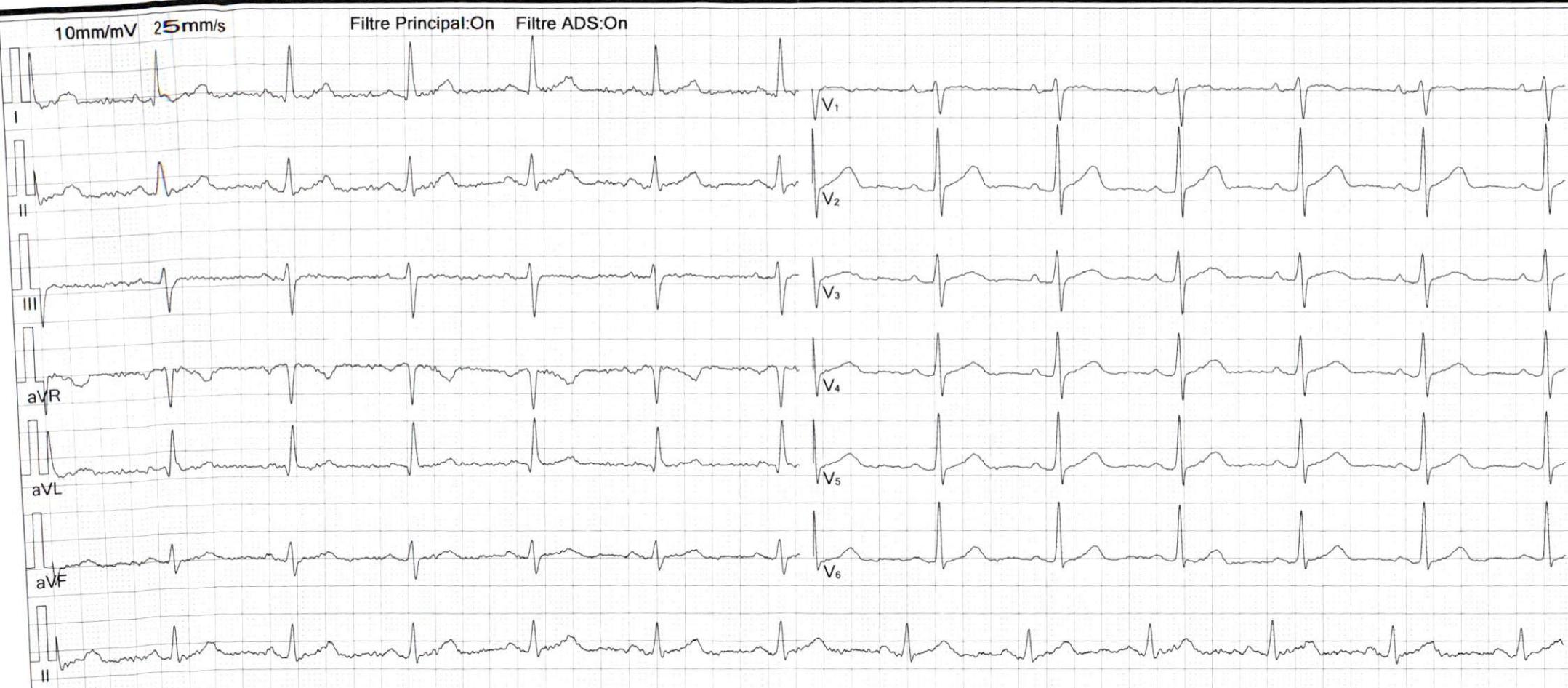
CONCLUSION : - TRACE NORMAL.

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

ECG

Dr BENCHEQROUN Chadia

NOM:rachida khayar amadou ID : Genre : Age : Date Test :01-03-2024 10:23
Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr BENCHEQROUN Chadia



Fréquence :	1000 Hz	Interval.QT :	387 ms
Durée ECG :	12 s	Interval.QTc :	409 ms
FC :	67 bpm	Axe P :	41.5°
Durée P :	133 ms	Axe QRS :	4.6°
Durée QRS :	90 ms	Axe T :	40.6°
Durée T :	267 ms	RV5/SV1:	0.97/0.53mV
Interval.PQ:	180 ms	RV5+SV1:	1.50mV

Suggestion :

Signature Médecin: