

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

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

Nº P19- 051996

NDI = 30171

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 6624 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066/98 33 61

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 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 :

Le : 19/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture.

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

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire
		H
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

--	--	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-352657	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-352657

DATE DE DEPOT

/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom : **MARIANE KHADJA**

Fonction : **Dr. P.N.C** Phones : **066199361**

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age Date **26 FEV 2020**

Nature de la maladie Date 1ère visite

Affectées Ordre Vosculus 26 FEV. 2023

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS		
ETC		3009 HT

PHARMACIE	Date

Montant de la facture
819172 HT

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :	
AM	PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires

Docteur Soumaya CHERQAOUI
CARDIOLOGUE
Maladies du Coeur et des Vaisseaux



Explorations cardio-vasculaires
Echo Doppler Cardiaque
Echo Doppler Vasculaire
Holter tensionnel / rythmique
Epreuve d'effort

Bd Mohamed Bouafi, Rue 12, N° 10
Cité Jamila II Ben Msick - Casablanca
Tél / Fax : 05 22 56 60 77
LOT N°: chersou4@yahoo.com

UT. AV.: 1000 4751 P.P.V 39,30
09 21 39 30
LOT N°: 1000 4751 39,30
UT. AV.: 09 21 P.P.V 39 30

الدكتورة سومية الشرقاوي
اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

شارع محمد بوافي - زنقة 12 رقم 10
حي جميلة 2 - ابن مسبيك - الدار البيضاء
الهاتف/fax: 05 22 56 60 77

البريد الإلكتروني: chersou4@yahoo.com

B21818 39,30
03/2020 P.P.V: 39 30

B21813 39,30
03/2020 P.P.V: 39 30

الدار البيضاء، في

KHADIJA AZIA

d) Aldoctazine $39,30 \times 5 = 196,50$

83,70



Pharmacie M. CHRAIBI
59, Bd. Babouchid Ant. Casablanca Tél: 05 22 50 50

001 20,50

2) Tenormine 100 mg

140/100



100 mg

3) Orsone 10 mg

140/100

100 mg

4) glucophage 500 mg

140 x 2

$20,80 \times 5 = 104$

100 mg

Dr. Soumaya CHERQAOUI
CARDIOLOGUE
35, Blvd Bouafi Rue 12 N° 10
Cité Jamila II Ben Msik
Casablanca Tél: 05 22 56 60 77

Prochain rendez-vous le

83,10

LOT N°:

1259179

39,30

P.P.V

UT. AV.:

39 21

39 30

20,80

20,80

46,50

46,50

20,80

20,80

20,80

46,50

Docteur Soumaya CHERQAOUI
CARDIOLOGUE
Maladies du Coeur et des Vaissseaux

Explorations cardio-vasculaires
Echo Doppler Cardiaque
Echo Doppler Vasculaire
Holter tensionnel / rythmique
Epreuve d'effort



Bd Mohamed Bouafi, Rue 12, N° 10
Cité Jamila II Ben Msick - Casablanca
Tél / Fax : 05 22 56 60 77
E-mail : chersou4@yahoo.com

Casablanca, le 26 FEV 2020 الدار البيضاء، في

الدكتورة سومية الشرقاوي
اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
شارع محمد بوافي - زنقة 12 رقم 10
حي جميلة 2 - ابن مسick - الدار البيضاء
الهاتف/الفاكس : 05 22 56 60 77
البريد الإلكتروني : chersou4@yahoo.com

Khadija AZIZANE

26/02/2020 = 160 DH



1) Sintom long Acute
3/4 up/s - feedet 2 peels

la 3ème jour 1cp/si à 20h

Dr. Soumaya CHERQAOUI
CARDIOLOGUE
Bd. Med. Bouafy, Rue 12 N° 10
Cité Jamila II Ben Msick
Casablanca - Tél: 05 22 56 60 77

Pharmacie Mouad
CHRAIBI Mouad
59, Bd. Berrechid Ain Chock
Casa - Tél: 0522 50 89 14

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : _____
Exp : 20,00
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :



GRUPOAZULAN

Import - L

104, Rue Abd Smina Rés. Jawharat
Med Smina ouelle d'age Appt. 25 Casablanca

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :



PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

20,00

PPV :
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

20,00

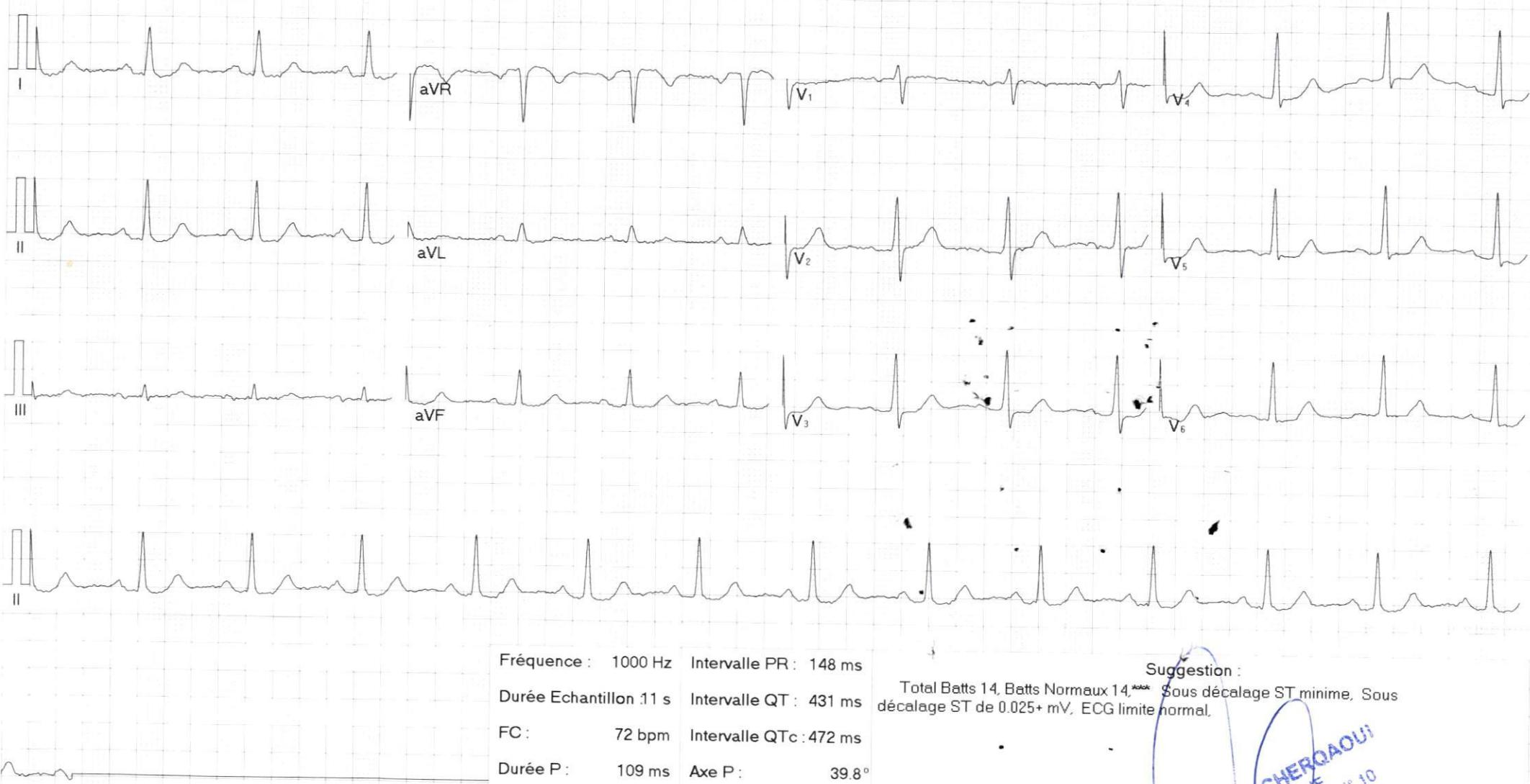
20,00

ECG

DR CHERQAUI SOUMAYA

NOM:MAZIANE KHADIJA ID : Sexe : Age : Date :26-2-2020

10mm/mV 25mm/s



Total Batts 14, Batts Normaux 14, Sous décalage ST minime, Sous décalage ST de 0.025+ mV, ECG limite normal.

Suggestion :

Sous décalage ST minime, Sous décalage ST de 0.025+ mV, ECG limite normal.

Soumaya CHERQAUI

CARDIOLOGUE

Bd. M'daourouch Rue 12 N° 10

Cité Jardim El Ben M'sik

Tel : 0522 56 60 77

Signature Médecin

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

Build:20080229

Imprime : 26-2-2020 14:15:02

Page1