

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.

Biologie 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

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

N° P19- 051996

ND: 30171

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624 Société : Rafm

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066/983361

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MAZIANE Khadija Age: 6624

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
				<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	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 : P.N.C.	Phones : 066199361	
Mail		
MEDECIN		
Prénom du patient		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 26 FEV 2020
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Affectation Ordonnée le 26 FEV 2023		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Dr. Soumaya CHERQAOUI CARDIOLOGUE Bd. Meul Bouafi Rue 12 N° 18 Cité Jamila II Ben M'SIK Casablanca - Tél : 06 77 41 60 7		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS 9 EL		3009H
PHARMACIE		
Montant de la facture		Date
		819,7 DH

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

Docteur Soumaya CHERQAOU
CARDIOLOGUE
Maladies du Cœur 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

الدكتورة سومية الشرقاوي
اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

شارع محمد بوافي - زنقة 12 رقم 10
حي جميلة 2 - ابن مسيك - الدار البيضاء

الهاتف / الفاكس : 05 22 56 60 77
البريد الإلكتروني : chersou4@yahoo.com

LOT N° : 1284751 P.P.V 39,30

UT. AV. : 09/21 P.P.V 39,30

12 6 FEB 2020

الدار البيضاء في

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

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

LOT N° : 1284751 P.P.V 39,30
UT. AV. : 09/21 P.P.V 39,30

KHADIJA AZIA

1/ Aldactazide 39,30 x 5 = 196,50

2/ Tenormine 35,20 x 4 mg

3/ Croscos 20 x 4 mg

4/ glucophage 500 20,80 x 5 = 104

Prochain rendez-vous le

Dr. Soumaya CHERQAOU
CARDIOLOGUE
Bd. Mohamed Bouafi Rue 12 N° 10
Cité Jamila II Ben Msick
Casablanca Tél 05 22 56 60 77

20,80

83,10

LOT N°: 1259179 39,30
UT. AV.: 9 21 P.P.V 3-9 30

20,80

46,50

20,80

46,50

20,80

20,80

46,50

Docteur Soumaya CHERQAOU
CARDIOLOGUE

Maladies du Cœur 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
E-mail : chersou4@yahoo.com



الدكتورة سومية الشرقاوي
اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

شارع محمد بوافي - زنقة 12 رقم 10
حي جميلة 2 - ابن مسيك - الدار البيضاء
الهاتف/الفاكس : 05 22 56 60 77
البريد الإلكتروني : chersou4@yahoo.com

Casablanca, le 26 FEB 2020 في الدار البيضاء.

que KHADIJA AZIANE

8x20mg = 160 mg

1/ Sentiments lars x 4mg
3/4 cp/s pendant 2 jours
le 3ème jour 1 cp/s si > 20h

Pharmacie Mouad
CHRAIBI Mouad
59, Bd. Berrechid Ain Chock
Casa - Tél: 0522 50 39 14

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

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

GRUPOAZULAN
Import - L

111, Rue Med Smiha Rés. Jawhar
Med Smiha belleguige Appt. 25 Cal

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :


PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :


PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :


PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :


PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :


PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :


10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	148 ms
Durée Echantillon :	11 s	Intervalle QT :	431 ms
FC :	72 bpm	Intervalle QTc :	472 ms
Durée P :	109 ms	Axe P :	39.8°
Durée QRS :	121 ms	Axe QRS :	37.9°
Durée T :	280 ms	Axe T :	54.8°

Suggestion :
Total Batts 14, Batts Normaux 14, ^{total} Sous décalage ST minime, Sous décalage ST de 0.025+ mV, ECG limite normal.

Filtre Principal: On Filtre ADS: On