

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

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° P19-0046986

ND = 16359

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 515 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FAKKAR MICOU DA

Date de naissance : 1 - 1 - 1953

Adresse : ISSIL N° 179 Marra Kech

Tél. 0524 330409 Total des frais engagés : 626,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/01/2020

Nom et prénom du malade : FAKKAR MICOU DA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + DT2

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.

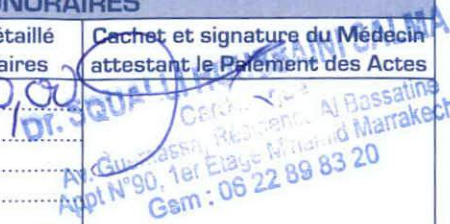
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Marra Kech Le : 09/01/2020


Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
09/01/2020	e/s/ell		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/01/2020	376,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

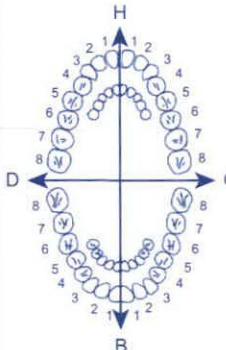
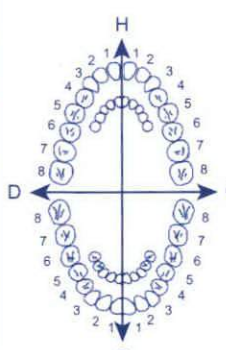
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 DE CARDIOLOGIE

DR. SALMA SQUALLI HOUSSAINI

CARDIOLOGUE

Ancienne interne au CHU Med VI Marrakech

et l'hôpital militaire Avicenne

Membre de la société européenne

de Cardiologie



الدكتورة سلمى صقلي حسيني

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بمراكش

والمستشفى العسكري ابن سينا

عضوة الجمعية الأوروبية لأمراض القلب

Marrakech Le :

09/01/2020

MM FARKAR MELOUDA

Bipretax 5/1,25g

125.60 x 3

1cp / J

376.80

14 de 03 m.

125,60

125,60

125,60

Pharmacie ISSIL
Rue Ahmed Issil Marrakech
Tel: 05 24 31 25 44

DR. SQUALLI HOUSSAINI SALMA
Cabinet de Cardiologie Al Bassatine
Marrakech

GSM : 06.22.89.83.20 fixe : 05.24.36.34.23

Email : cabinet.dr.squalli@gmail.com

AVENUE GUEMASSA, RESIDENCE AL BASSATINE,
1er ETAGE, M'HAMID, MARRAKECH

شارع خماسة، إقامة البساتين،
عمارة ل الطابق الأول، المحاميد، مراكش

CE: 001 537505000067

TP: 67194280

FAKKAR
TILLOUDA
Age:
..... cm / kg

FC: 60/min

Axes:

P 34 °

Intervals:

QRS 41 °

RR 995 ms

T 47 °

P 82 ms

PQ 176 ms

P (II) 0.07 mV

QRS 78 ms

S (U1) - mV

QT 372 ms

R (U5) 1.68 mV

QTC 376 ms

Sokol. 2.57 mV

Dr. SQUA' I HOUSSAINI SALMA

Cardiologue

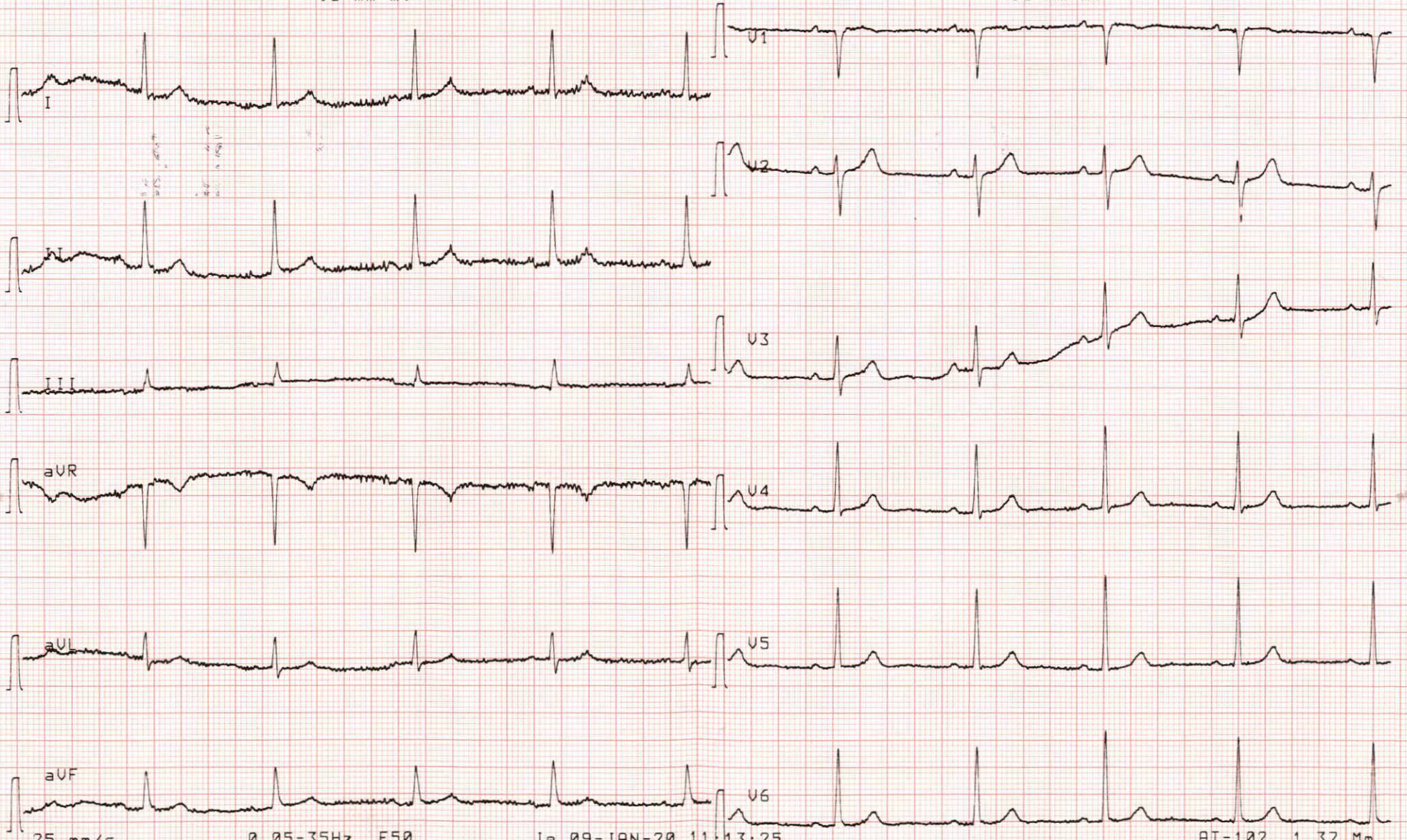
Av. Gu. Hassa, Résidence Al Bassatine

Appt N°90, 1er Etage Marrakech

Gsm : 06 22 89 83 20

10 mm/mV

10 mm/mV



25 mm/s

0.05-35Hz F50

Je 09-JAN-20 11:13:25

AT-102 1.37 Mm

CABINET DE CARDIOLOGIE

DR. SALMA SQUALLI HOUSSAINI

CARDIOLOGUE

Ancienne interne au CHU Med VI Marrakech
et l'hôpital militaire Avicenne
Membre de la société européenne
de Cardiologie



الدكتورة سلمى صقلي حسييني

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بمراكش
والمستشفى العسكري ابن سينا
عضوة الجمعية الأوروبية لأمراض القلب

EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Marrakech, le :

09/01/2020

NOM & PRÉNOM :

FAKKAR MELOUDA



ELECTROCARDIOGRAMME



ECHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER COULEUR



ECHO DOPPLER ARTERIEL ET VEINEUX



HOLTER TENSIONNEL



HOLTER RYTHMIQUE



EPREUVE D'EFFORT

Tel : 05.24.36.34.23

Email : cabinet.dr.squalli@gmail.com

AVENUE GUEMASSA, RESIDENCE AL BASSATINE ,
1er ETAGE , M'HAMID, MARRAKECH

شارع حماسة، إقامة البساتين،
عمارة ل الطابق الأول، المحاميد، مراكش