

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- Reclamation : 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.

**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



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 057229

Dos n° 5967

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAZIANE KHADIA

Date de naissance : 10/08/1960

Adresse : Rue de Rome N° 11 4° quartier 20100 Casablanca

Tél. : 06661993361 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 JAN 2021

Nom et prénom du malade : MAZIANE KHADIA Age :

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

Nature de la maladie : Affection Cardiovasculaire

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 : 15/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
4 JAN 2021	CS + ECO	—	300011	DR. SEURMAYE CHEMBAOU Chambre - Tél: 05 22 56 60 74 Cabinet Médical - Tél: 05 22 56 60 10 12 N° 10

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

645,30

## 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	

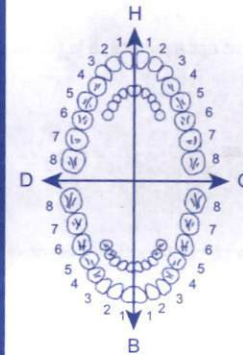
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

## SOINS DENTAIRES



Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Soumaya CHERQAOU  
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  
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 ..... في الدار البيضاء.

MAZIANE KHADIJA

39.30x5

1/ Aldactone

x 30/05

83.10 x 2

2/ Tenormine 100

x 30/05

159.30 x 1

3/ Rosuvastatin 20

x 30/05

4/ Lisinopril 20

x 30/05

Prochain rendez-vous le

1/2 p / Sm

Lot n°:	
EXP:	
PPV:	157 DH 80



20.80 x 6  
5) glaucophage 500

5

up x 200. dalin

Dr. Soumaya CHERDAGUE  
CARDIOLOGUE  
Bd. Mohamed V N° 10  
Cité Jemila II Bou M'sik  
Casablanca - Tél. 05 22 56 60 77

Dr. Soumaya CHERDAGUE  
CARDIOLOGUE  
Bd. Mohamed V N° 10  
Cité Jemila II Bou M'sik  
Casablanca - Tél. 05 22 56 60 77

Te 645,30

20,80

20,80

LOT 200139  
EXP 01/2025  
PPV 20.80DH

20,80

20,80

LOT N°: 1 2 6 9 4 8 7  
UT. AV.: 0 9 2 1 P.P.V 3 9 3 0

39,30

LOT N°: 1 2 8 8 5 5 7  
UT. AV.: 1 2 2 2 P.P.V 3 9 3 0

39,30

23,10



LOT N°: 1 2 8 8 5 5 7  
UT. AV.: 2 2 2 P.P.V 3 9 3 0

39,30

09366132/4

LOT N°: 1 2 6 8 4 1 1  
UT. AV.: 0 9 2 1 P.P.V 3 9 3 0

39,30

LOT N°: 1 2 6 8 4 1 1  
UT. AV.: 0 9 2 1 P.P.V 3 9 3 0

39,30

09366132/4

AUTO 10mm/mV

I

II

III

aVR

aVL

aVF

II

10mm/mV

10mm/mV

V1

V2

V3

V4

V5

V6

25mm/s AC50Hz+EMG25Hz+DFT0.50Hz



DR CHERQAOUI SOUMAYA

2021-01-04 19:02

Dr MAZIANE  
KHADIJA

ID : \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_

Taille: \_\_\_\_\_ cm Poids: \_\_\_\_\_ kg SYS/DIA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

HR [bpm] : 85  
PR Interval [ms] : 209  
P Duration [ms] : 120  
QRS Duration [ms] : 77  
T Duration [ms] : 158  
QT/QTc (Bazett) [ms] : 350/416  
QTc (Hodge) [ms] : 393  
QTc (Framingham) [ms] : 395  
QTc (Fridericia) [ms] : 393  
P/QRS/T Axis [deg] : 38.9/37.6/46.1  
R(V5)/S(V1) [mV] : 1.29/0.60  
R(V5)+S(V1) [mV] : 1.88

04 JAN 2021  
Dr Soumaya CHERQAOUI  
Bd. Méd. Soumaya CHERQAOUI  
CABINET D'ECG  
Tél. 06 22 56 60 77

**\*\*Le rapport doit être confirmé par un médecin\*\***

Axe électrique cour normal;

Décalage ST, isch. myocardique antérolatérale légère possible;

Médecin \_\_\_\_\_