

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

Education :

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.

Prothèse :

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 caractére 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° M21- 0033248

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

84657

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02520 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AMADOU MOSTAPHA

Date de naissance : 20/09/1954

Adresse : RUE IBNou NAFIS N°62 APP.N°8 MARIF/CASA

Tél. : 0678588384 Total des frais engagés : 300 Dhs + 614,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/10/2011

Nom et prénom du malade : M. MOUAYAN

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 10/10/2011 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

AS-1

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
01/01/2021	Consultation	1	100.00	Dr. John Doe - Cardiologue 123 Main Street, Washington, DC 20001 Phone: 0522-223-4567 / 0522-202-1234
01/01/2021	Test de dépistage	1	50.00	Dr. John Doe - Cardiologue 123 Main Street, Washington, DC 20001 Phone: 0522-223-4567 / 0522-202-1234

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
092018118	8/10/2021	3342.052322.9224

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

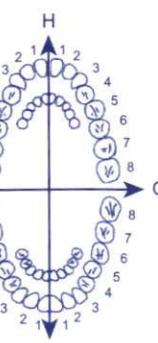
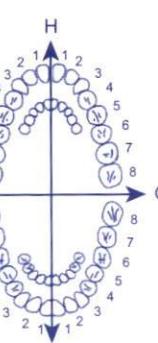
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	11433553	G	35533411			Coefficient des travaux
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
<hr/>																			
B	00000000	11433553																	
G	35533411																		
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montants des soins															
				Date du devis															
				Date de l'exécution															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr Chadia BENCHEQROUN

Cardiologue

Ancienne externe des hôpitaux de Paris

Ancienne interne des hôpitaux de Bordeaux

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

CES des maladies du cœur et vaisseaux

Diplômée d'écho-doppler cardiaque et vasculaire

Membre de la Société Française de Cardiologie

Filiale Pédiatrique et Filiale d'Echocardiographie

CASABLANCA, LE 08 OCTOBRE 2021

PPV 138DH10
PER 09/24
LOT K2073

PPV 138DH10
PER 09/24
LOT K2073

PPV:149DH20
PER:03/24
LOT:K645

PPV :
Exp :
N° Lot:

30,60

MADAME KHAYAR AMADOU RACHIDA

1/- PREZAR 100 MG
1 CP/J LE MATIN.

2/- AMEP 5 MG
1 CP/J LE MATIN.

3/- ESIDREX 25 MG
½ CP/J LE MATIN.

TRAITEMENT DE TROIS MOIS

4/- IMODIUM 2 MG _____ 1 BOITE

الدكتورة شادية بنشررون
Dr. Chadia BENCHEQROUN
CARDIOLOGUE
63, Bd. d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tél/Fax: 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

PPV : 30,60 DH
LOT C354 PER 02/24

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V:30DH50
LOT:21E05
PER:04/2026

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES
Dr BENCHEQROUN Chadia
Cardiologue

NOM : KHAYAR AMADOU
PRENOM : RACHIDA
AGE : 58 ANS
DATE : 08/10/2021

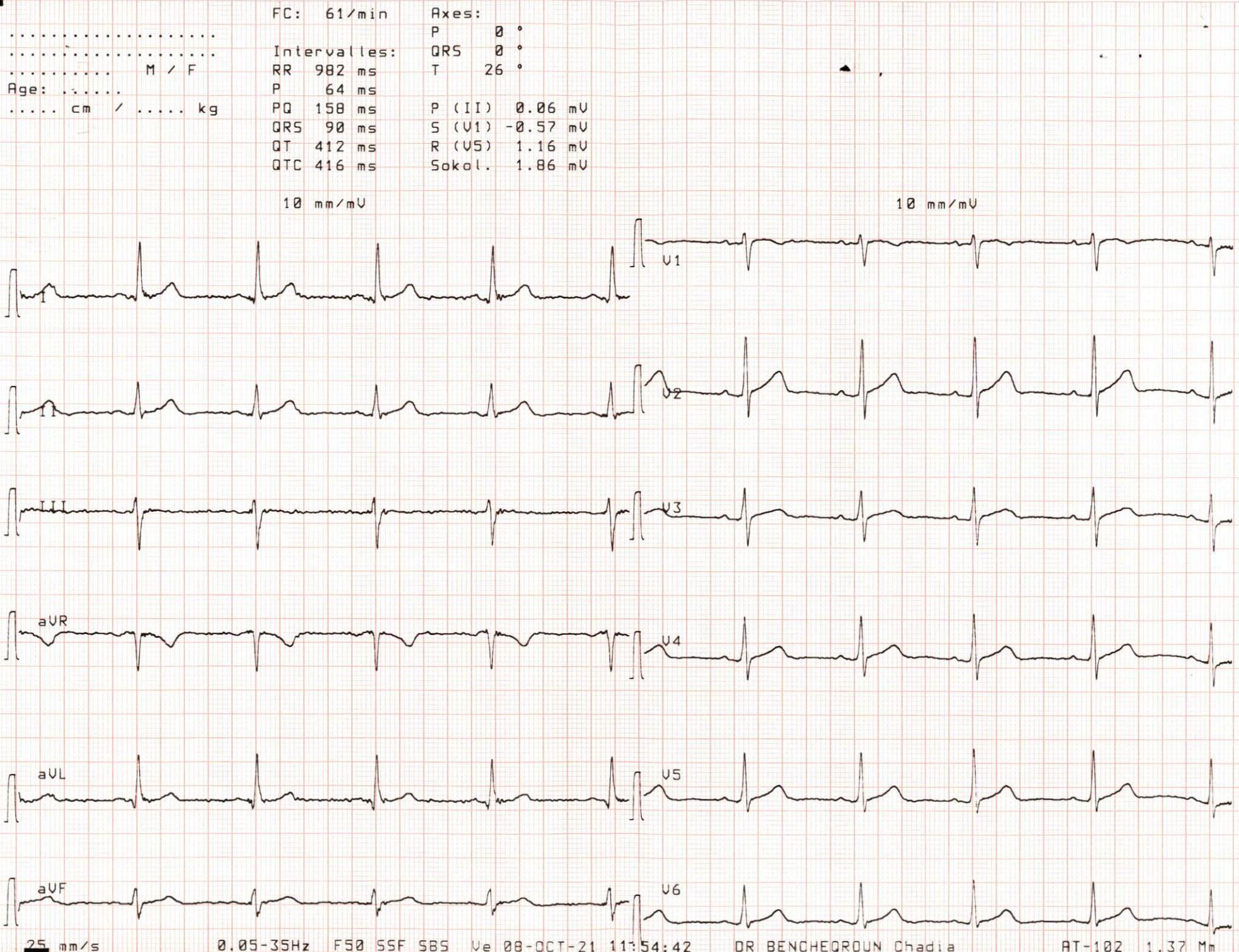
COMPTE-RENDU D'ELECTROCARDIOGRAMME

- Rythme cardiaque sinusal à 61 B/mn.
- Espace PR normal.
- Axe de QRS à 0 degré.
- Pas de trouble de la repolarisation.
- Pas d'hypertrophie ventriculaire gauche.
- Pas d'extrasystole.

CONCLUSION : - TRACE NORMAL.

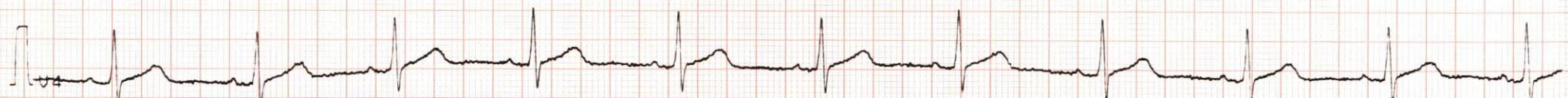
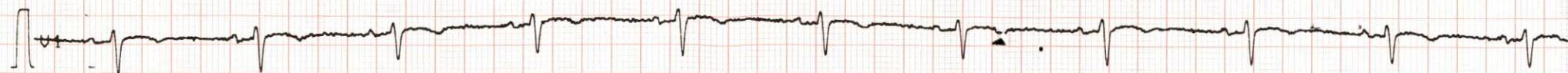
الدكتورة شاديه بنشقرن
Dr. Chadia BENCHEQROUN
CARDIOLOGUE
63, Bd d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71





62/min 10 mm/mV

Ve 08-OCT-21 11:54:58



25 mm/s

0.05-35Hz F50

SCHILLER SWITZERLAND Art. No. 2.157 050

DR BENCHEQROUN Chadia

CE0123

AT-102 1.37 Mm

LOT D 677