

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 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 080029

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1227 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve
 Nom & Prénom : AZOUGH RKIA
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 05 22 21 94 54 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. Soumaya CHERGAOUI
 CARDIOLOGUE
 Bd. Med Bouaziz 12 N° 10
 Cité Jamila II Ben M'sik
 Casablanca - Tél. 05 22 56 60 77
 Date de consultation : 17 JUIN 2022
 Nom et prénom du malade : AZOUGH RKIA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : DTC
 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 : CASABLANCA Le : 17 JUIN 2022
 Signature de l'adhérent(e) :
 Dr. Soumaya CHERGAOUI
 CARDIOLOGUE
 Bd. Med Bouaziz 12 N° 10
 Cité Jamila II Ben M'sik
 Casablanca - Tél. 05 22 56 60 77

Adresses Mails utiles

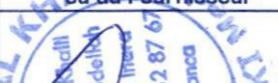
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
07 JUIN 2022 7 JUIN 2022	EST ECC	—	300 DH	Dr. Soumaya CHERQAOU CARDIOLOGUE Bd. Med Bouaf Rpt: 12 N° 10 Cité Jamila Y' Ben M'sik Casablanca - Tél. 05 22 58 60 77

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/06/22	263.12

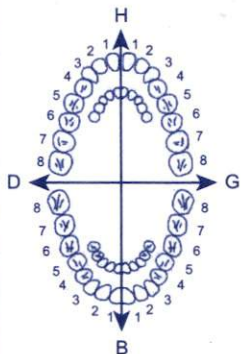
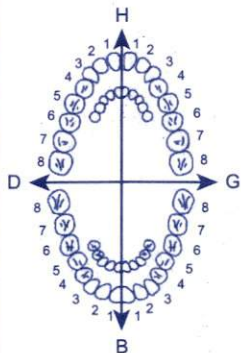
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.F.

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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

PPV: 87DH70
PER: 03/25
LOT: L1013

Casablanca, le

17 JUN 2022

الدار البيضاء, في

AZOUGH RKIA

87.7023



11 trimestre 35

up x 2h

PPV: 87DH70
PER: 03/25
LOT: L1013

x 30/4

263.15



PPV: 87DH70
PER: 03/25
LOT: L1013

Dr. Sou

Cité Jam.
Casablanca - Te

Prochain rendez-vous le

10mm/mV

V1

V2

V3

V4

V5

V6

DR. CHERQAOUI SOUMAYA

2022-06-17 13:29

g/w A20UGH
RKiA

ID : _____
Nom: _____ Sexe: _____ Age: _____
Taille: _____ cm Poids: _____ kg SYS/DIA: _____ / _____ mmHg
HR [bpm] : 70
PR Interval [ms] : 159
P Duration [ms] : 96
QRS Duration [ms] : 78
T Duration [ms] : 163
QT/QTc (Bazett) [ms] : 378/408
QTc (Hodge) [ms] : 395
QTc (Framingham) [ms] : 400
QTc (Fridericia) [ms] : 397
P/QRS/T Axis [deg] : 14.0/-8.3/50.6
R(V5)/S(V1) [mV] : 1.41/0.83
R(V5)+S(V1) [mV] : 2.24

17 JUIN 2022
Dr Soumaya CHERQAOUI
FAMILIOLOGUE
12 N° 10
Ben M'sik
Tél: 05 22 56 60 77

****Le rapport doit être confirmé par un médecin****
Ryth. sinusoidal norm.;
Dévia. ax. gche modérée;

Médecin _____

AUTO 10mm/mV

I

II

III

aVR

aVL

aVF

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