

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 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 064228

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

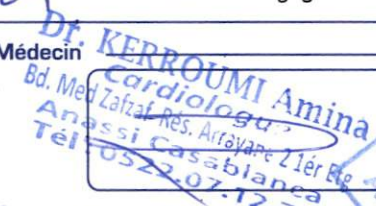
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0389 Société : RETRAITE
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHATIR HAMID
 Date de naissance : 20/01/1942
 Adresse : 627 HAJ FATEH OULFA CASABLANCA
 Tél. : 0661961509 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/06/2022
 Nom et prénom du malade : Mones Potimen Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : H.T.A + Diabète


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 : 28/06/2022
 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
28/06/22		1 + 200 = 200 DA		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

 28/06/22 150.00

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

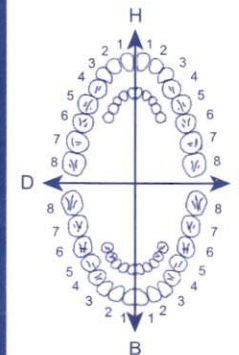
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 00000000 G
35533411 11433553
B

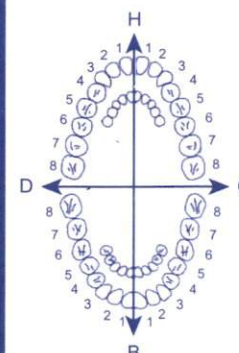
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

UT. AV :

P.P.V

LOT N° :

FR065 23,10

UT. AV :

03 2025

P.P.V

23 10

LOT N° :

FY9324



الدكتورة آمنة كرومي

أخصائية أمراض القلب و الشرايين

خريجة كلية الطب بالرباط

حاصلة على دبلوم فحص القلب بالصدى كلية بوردو بفرنسا

طبيبة سابقة بمستشفى ابن سينا و المستشفى العسكري بالرباط

Annance

a, le :

Nom et Prénom :

23/06/2022
Bd. Med Zafzaf Rés. Arrayane 21er Egt
Anassi Casablanca
Tél: 0522.07.12.71

- Constatation 100 - 1 - 0/1

X = 3m div

- Tension 40/60 1/2 - 0 - 0/1
36.60 x 3

X = 3m div

- Tension 100/100 0 - 0 - 1/2 yph
23.10 x 3

X = 3m div

Dr. KERROUMI Amina
Cardiologue
Bd. Med Zafzaf Rés. Arrayane 21er Egt
Anassi Casablanca
Tél: 0522.07.12.71

NPE : 091247593

شارع محمد زفزاف - إقامة الريان 2 - الطابق 1 - مقابل بريد المغرب - أناسي - الدار البيضاء

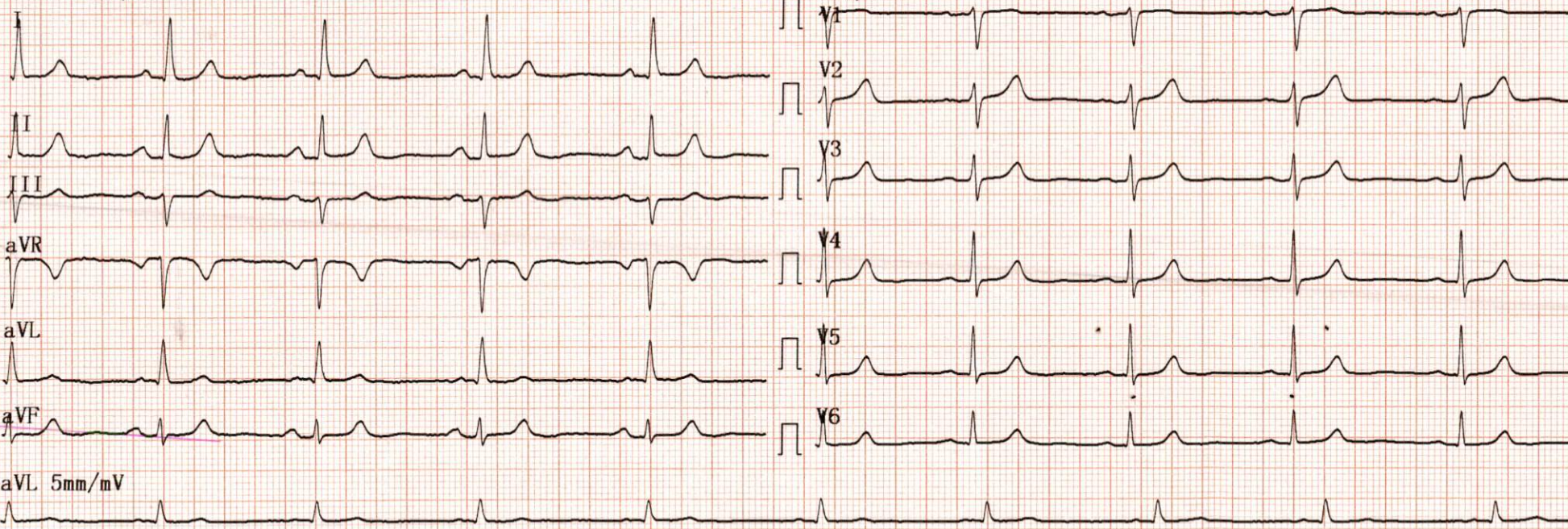
Bd. Mohamed Zefzaf - Résidence Arrayane 2 - 1^{ème} Egt. enface Poste du Maroc - Anassi Casablanca

05 22 07 12 71

aminakerroumi@gmail.com

AUTO 10mm/mV

5mm/mV



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

Dr KERROUMI Amina
2022-06-28 09:01

ID :
Nom: manas fatimq Sexe: Femme Age:
Taille: cm Poids: kg SYS/DIA: 180 /80 mmHg

HR [bpm] :56
PR Interval [ms] :180
P Duration [ms] :120
QRS Duration [ms] :76
T Duration [ms] :170
QT/QTc (Bazett) [ms] :383/368
QTc (Hodge) [ms] :376
QTc (Framingham) [ms] :372
QTc (Fridericia) [ms] :374
P/QRS/T Axis [deg] :53.9/8.2/49.5
R(V5)/S(V1) [mV] :1.60/1.13
R(V5)+S(V1) [mV] :2.73

Dr. KERROUMI Amina
Cardiologue
Bd. Med Zafar Rés. Arrayera 21er Etg
Anassi Casablanca
Tel: 0522.07.12.71

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

Médecin