

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 028320. Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AMADOU MOSTABHA

Date de naissance :

20/09/1954

Adresse :

RUE IBNOUN NAFISS NO 62 AL AAREF/CASAB

Tél. : 0628588384

Total des frais engagés : 300 Dhs + 616,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : 16/08/2022

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 20/09/2022 Le : 16/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
16/8/2011	U	B 766	Boosha	Dr. BILAL ABBAS, M.D. CARTILOGIC Telfax: 0522 20 31 49

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/09/22	616,80

ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

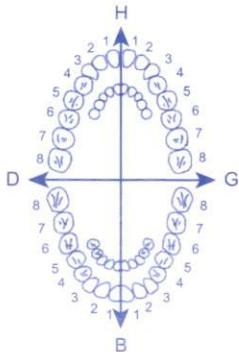
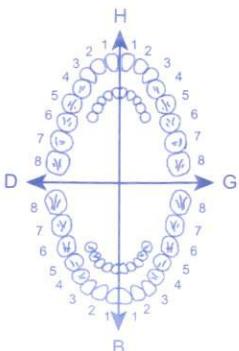
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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		

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 16 SEPTEMBRE 2022

MADAME KHAYAR AMADOU RACHIDA

138,10 X3

1/- PREZAR 100 MG SV

97,70
1 CP/J LE MATIN.

30,60
2/- AMEP 5 MG SV

1 CP/J LE MATIN.

3/- ESIDREX 25 MG SV

½ CP/J LE MATIN.

4/- D-CURE 100 000 UNITES. SV

1 AMPOLE A BOIRE 1 FOIS PAR MOIS.

97,70
PPV :
Exp :
N° Lot :
30,60

PPV 240H60 EXP 10/2024
LOT 19033 4

TRAITEMENT DE TROIS MOIS

24,60
5/- SIROP DE POTASSIUM SV 15 JOURS.
6161,80
1 CUILLERE A SOUPE PAR JOUR LE MATIN.

الدكتورة شادية بنشرعون
Dr. Chadia BENCHEQROUN
CARDIOLOGUE
63, Bd d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71
Pharmacie CHAABI
Mme CHAABI, K
Rue Nouhass El Nsouli, Maârif
tél: 0522 99 09 22 - Casablanca

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr BENCHEROUN Chadia

Cardiologue

NOM : KHAYAR AMADOU
PRENOM : RACHIDA
AGE : 68 ANS
DATE : 16/09/2022

COMPTE-RENDU D'ELECTROCARDIOGRAMME

- Rythme cardiaque sinusal à 71 B/mn.
- Espace PR normal.
- Axe de QRS à - 3 degrés.
- Pas de trouble de la repolarisation.
- Pas d'hypertrophie ventriculaire gauche.
- Pas d'extrasystole.

CONCLUSION : - TRACE NORMAL.

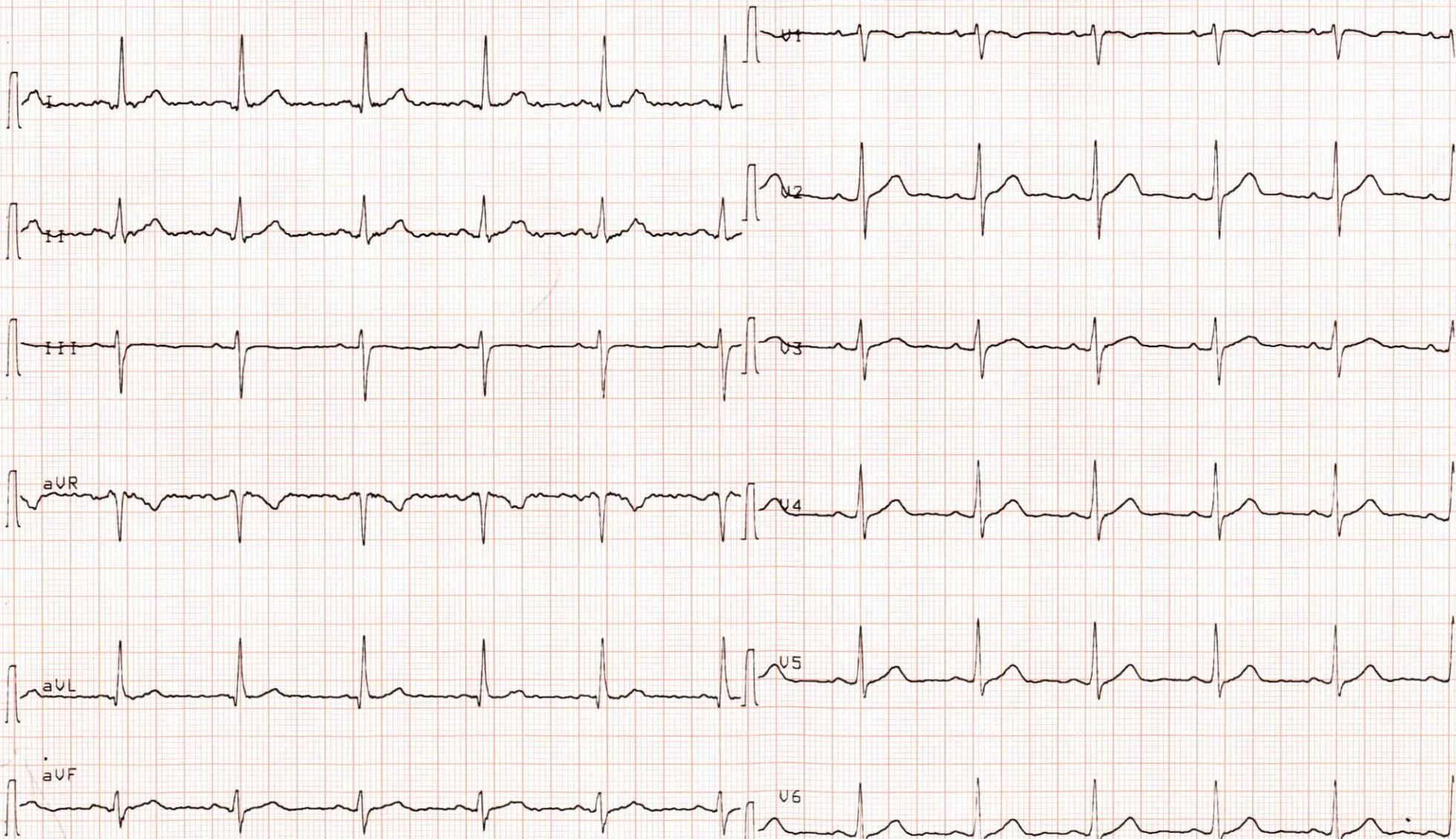
الدكتورة شادى بنشرون
Dr. Chadia BENCHEROUN
CARDIOLOGUE
63, Bd d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca
Tél/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 4171



FC: 71/min Axes:
..... M / F Intervalle: P 39 °
RR 847 ms QRS -3 °
Age: P 128 ms
..... cm / kg PQ 160 ms P (II) 0.10 mV
QRS 88 ms S (V1) -0.55 mV
QT 382 ms R (V5) 1.20 mV
QTC 415 ms Sokol. 2.08 mV

10 mm/mV

10 mm/mV



25 mm/s

0.05-35Hz F50 SSF SBS Ve 16-SEP-22 12:48:27

DR BENCHEQROUN Chadia

AT-102 1.37 Mm

SCHILLER SWITZERLAND Art. No. 2.157 050

€0044

LOT D 725