

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.

M22- 0044937

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3567

Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RHOUFACHA aloureddine

Date de naissance : 01/01/1957

Adresse : CHE RAM 5M M 77 APP 3 PM 201 FA

ATTADAMAN - CASA

Tél. : 0674732292 Total des frais engagés : 750,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1/1/2018

Nom et prénom du malade : URSULA POTHIES Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : URSULA POTHIES

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 : _____

Le : 20/01/2018

Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHERENT

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
20/01/2022			c2 gratuit	Mr. S. N° 61 - Etape 20 - El Oued - 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 16

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/01/2022	C.C 750.00	Mr. S. N° 61 - Etape 20 - El Oued - 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 16

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

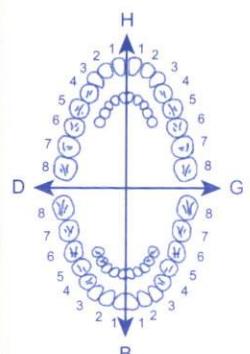
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

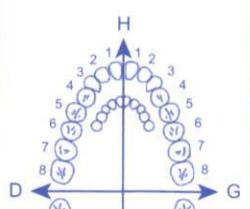
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
G	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le :
17/11/2022

Nom et Prénom :

RHOUFACHA Noureddine

**PATIENT HYPERTENDU DIABETIQUE AVEC ATCD D
ANGIOPLASTIE**

CONTROLE EPREUVE D EFFORT



الدكتور مهدي بنجلون
Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N° 61, 1er Etage, RP chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Ma
Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE: 91170570

زنقة 2، رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهدية - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0604.72.39.14 - 0522.91.07.62 - البريد الإلكتروني : drmehdibenjelloun@gmail.com

Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. RHOUFACHA NOUREDDINE
Séjour : Du 20/01/2023 au 20/01/2023

FACTURE
202300240
Du : 20/01/2023

Etablie par : B. Fatimazahra

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
EPREUVE D'EFFORT	1	750,00	750,00
TOTAL CLINIQUE			750,00

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arretée la presente facture à la somme de SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

	Patient
Total TTC	750,00

ID:	2ème ID:	ID Admission:
-----	----------	---------------

DDN: 01/01/1957	Taille:	Sexe: Homme
Age: 66 Ans	Poids:	Ethnie: Inconnu

Indications	Médications
-------------	-------------

Médecin traitant: DR BENJELLOUN	Site:	Type de Procédur
---------------------------------	-------	------------------

Signé par:	FMT: 131 bpm 85%	Cause de fin:
Opérateur:	Max HR(%MPHR): 133 bpm 86	Symptôme:

Diagnostic	Notes
------------	-------

Conclusions
EPREUVE D EFFORT POSITIVE SUR LE PLAN CLINIQUE ET LECTRIQUE ARRETEE AU 2 EME PALIER DEVANT LA DOULEUR ET L APPARITION D UN SOUS DECALAGE EN INFERIEUR
BONNE ADAPATATION DE LA FC ET DE LA TENSION ARTERIELLE A L EFFORT
QUELQUES EXTRASYSTOLES VENTRICULAIRE NON PERSISTANTE A LA PHASE DE RECUPERATION
EPREUVE D EFFORT MAXIMALE POSITIVE SUR LA PLAN CLINIQUE ET ELECTRIQUE A COMPLETER PAR UNE CORONAROGRAPHIE

Revu par:

RAPPORT NON CONFIRME

Signé par:

Date:

