

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

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 749 Société : *RAY*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *72 SOUHAÏL Abdellah*

Date de naissance : *01/07/1934*

Adresse : *100m Rue Lakla la Ferme*

Bretagne *CAFABLAIS*

Tél. : *06 58 98 63 36* Total des frais engagés : *1081,10* Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. Ghita BENHAYOUN
Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
82, Rue Moussa Bnou Nussair 1^{er} Etage - Casablanca
Tél: 0522 260 250 Fax: 0522 28 20 14
GSM: 0661 43 05 60

Date de consultation : *08/05/2023*

Nom et prénom du malade : *Souhaïl Abdellah* Age : *89*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Cardiopathie Ischémique*

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 : *CAFABLAIS* Le : *09/05/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *Souhaïl Abdellah*

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
08.05.2023	Guérison		350,00	DR. OUMAR SOW Spécialiste en Pathologie 30, Rue Moussa Bouna Ndiaye 1er Etage Yassa Tél: 0522 260 250 Fax: 0522 28 20 14 GSM: 0661 43 05 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/05/23	731.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ghita BENHAYOUN

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
D.I.U Echocardiographie
de la Faculté Victor Segalen Bordeaux II
D.U cardiologie pédiatrique
de la Faculté René Descartes Paris V



د. غيثة بن حيون

الخاصة في أمراض القلب والشرايين

II دبلوم الفحص بالصدى بوردو

دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V

Le : 08/05/2023

M^R Souhail Abdellah

صيدلية نرجس
PHARMACIE NARJIS
131, Bd. Yacoub El Mansour
Tél. 05 22 25 00 74 / 05 22 00 39 96

Att le bon

3570x3
107.101

kalutagie 160
0 - 1 -

20800x3
62400
2) T enroumme 100
1 - 0 -

3) l'oreeau 525
1 - 0 -

731.104) 30 Cor 20
0 - 0 -

Dr Ghita BENHAYOUN
Cardiologue
82, Rue Moussa Ibnou Noussair
1er Etage
Casablanca
Tél. : 05 22 260 250 / 05 22 48 20 14 • Fax : 05 22 48 20 14 • GSM : 06 61 43 05 60 • ghitabenhayoun@yahoo.fr

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V :35DH70
6 118001 081189
O

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V :35DH70
6 118001 081189
O

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V :35DH70
6 118001 081189
O

208,00

208,00

208,00

valable 3 mois

Le 02/01/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr Ghita BENAYOUN
Cinélogue
62 Rue Mousa Benou Nousseir
1er Etage - Casablanca
Tél: 0522 26 02 50 - GSM: 0601 43 05 60

Dr BENHAYOUN Ghita

Nom : SOUHAIL ABDELLAH 008681

Sex : Male Case No. :

ECG

Age : 89Y

Lit No. :

Clinique N :

Date : 08/05/2023

Section :

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	185 ms
Temps d'écha	14s	QT Interval:	390 ms
FC:	68bpm	QTc Interval:	415 ms
P Interval:	92ms	P Axis:	69.60°Cb
QRS Interval:	84 ms	QRS Axis:	-0.40°Cb
T Interval:	211 ms	T Axis:	54.70°Cb

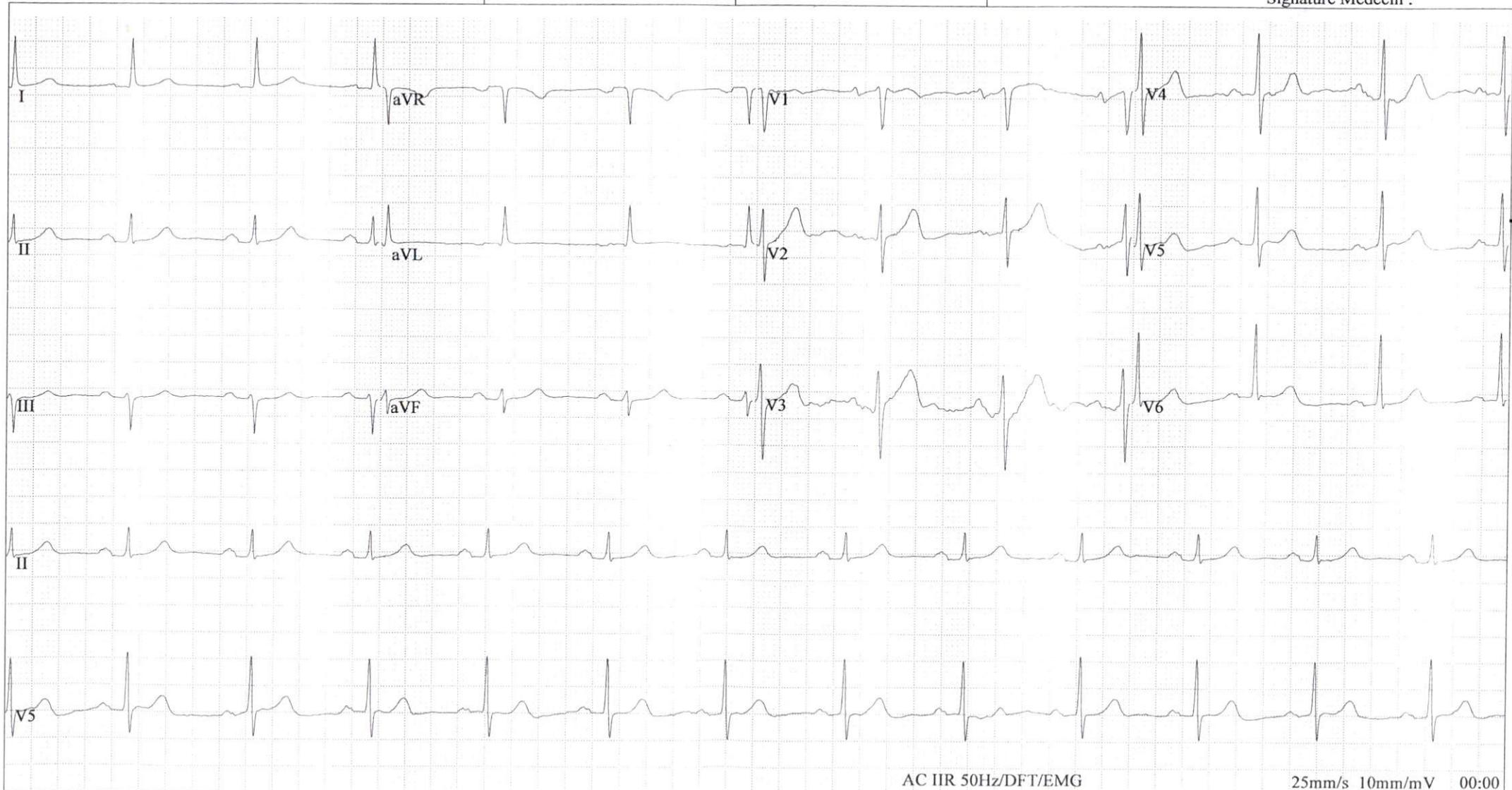
Prompt:

R2Sa' 68an.

Anec au p cle

pas de lésion
de spléniot-

Signature Medecin :



AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV 00:00