

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0279 Société : -

Actif

Pensionné(e)

Autre : A 75067

Nom & Prénom : Elefik DRISS

Date de naissance : 15/6/40

Adresse : 4, Rue N ASIH EDDINE . CASA

Tél. : 0673 90 8609

Total des frais engagés : 276 + 925,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Hamza BENAOUAN
Cardiologue
Bd. Abdelmoumen et Bd. Abdellah
CASABLANCA
Tél. 05 22 90 39 39 / 38 38

25 JUIL. 2023

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Eloril Dri Age : 83

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hyp

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 : CASA

Le : 13/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : ha

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet signature du Médecin attestant le paiement des Actes
15/11/2013	GMC	—	3000	ABDELMALK PENNOUNA 022 60 39 39 / 38 38 CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HIBA Dr. Ahmed CHAFRY 092031392	25/07/23	DR. AHMED CHAFRY 092031392 PHARMACIE HIBA 925 60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

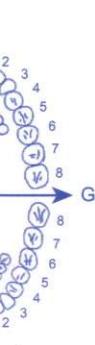
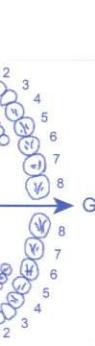
AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

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																				
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	D	G	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553		B		
H	D	G																			
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B																					
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70

6 118000 011590

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70

6 118000 011590

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70

6 118000 011590

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70

6 118000 011590

185,20

185,20

185,20

185,20

الدكتور حمزة بنونة

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

Docteur Hamza BENNOUNA

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplômé en Echographie et doppler Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Capacité d'Aide Médicale Urgente (Nancy)

Capacité de Médecine de Catastrophe (Nancy)

ELECTROCARDIOGRAMME

Nom : Elhafsi

Prénom : Driss

Date de naissance : 1940

Age :

Date d'examen : 20 - 07 - 23 Heure :

Motif d'examen : خاف

Traitements : زندر

Conclusions : ملحوظ

اقامة : Residance Hicham , Angle Bd Abdelloumen et Rue Abdellmalek Abou Marnouane - CASABLANCA

Téléphone : 05 22 86 39 39 - Urgences : 06 61 16 96 70 - Fax : 05 22 86 38 38

FC 62
PR 176
QRSD 144
QT 436
QTc 443

-- Axe --
P Ind.
QRS -54
T 33

