

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-559117

AMPL ND: 39693 09 H

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0692

Société : PMS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IRÁQI KARIM

Date de naissance : 01/01/1971

Adresse : 368 CASABLANCA 20000

Tél. : 0661296987

Total des frais engagés : 300+100+100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : IRÁQI KARIM

Age : 49

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 : / /

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
04/03/2015	C2+ECU		300,10	INPE 0911/08/5 Dr. Ghita PENIA 1 ^{er} Etage - Clinique Spécialisée au Moussa Bleu - Avenue 1 ^{er} Etage - 0524 23 2014 Tél: 0322 260 250 Fax: 0524 43 05 60 GSM: 0661 43 05 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROUTE D'ABIDJAN AU: 86 Grand Roudant Tél: 0322 98 57 46	04/03/2015	1071,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

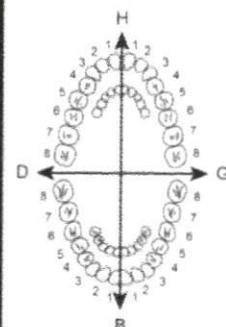
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

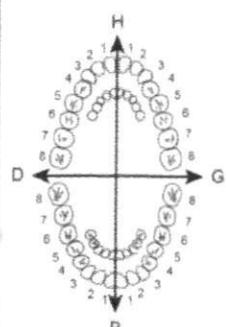
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



Q.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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

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

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

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

دبلوم الفحص بالصدى بكلية بوردو II

دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V

M^R Irapi kouim

Casablanca, Le ١٤/١٢/٢٠٢٢

att de Dr

PHARMACIE
ROUTE DE BRAHIM ROUSSI
240, Bd BRAHIM ROUSSI
Tél. 05 22 99 57 00

$$\begin{aligned} 136,60 \times 4 &= 546,40 \\ 89,20 \times 2 &= 178,40 \end{aligned}$$

1) Ambors

Dr. Ghita BENHAYOUN
Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
82, Rue Moussa Ibnou Noussair 1^{er} Etage - Casablanca
Tél: 0522 260 250 Fax: 0522 28 26 14
GSM: 0661 43 05 60

52,80

2)

1 - 0 - 1
0 - 0 - 1

79,70

3)

Zithromax 100 mg pde 3

63,90

4)

Profenix
1 - 0 - 1

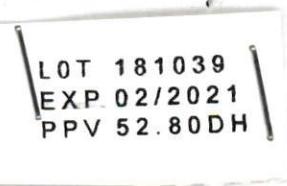
150,00 5) Hyclocomod

1 - 0 - 21



150,00

ST





56 COMPRIMÉS



5 mg

Amloz®

UT.AV : 04.2022

P.P.V.

136 6

LOT N° : 1274287

136,60

09366130/3



56 COMPRIMÉS



5 mg

Amloz®

UT.AV : 04 2022

P.P.V.

136 6

LOT N° : 1274287

136,60

09366130/3



56 COMPRIMÉS

5 mg

Amloz®

UT.AV : 04.2022

P.P.V.

136 6

LOT N° : 1274287

136,60

09366130/3



56 COMPRIMÉS

5 mg

Amloz®

UT.AV : 04.2022

P.P.V.

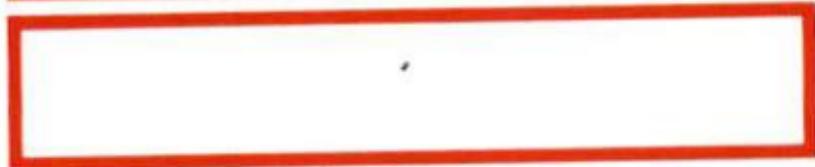
136 6

LOT N° : 1274287

136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES



Amel 5 mg

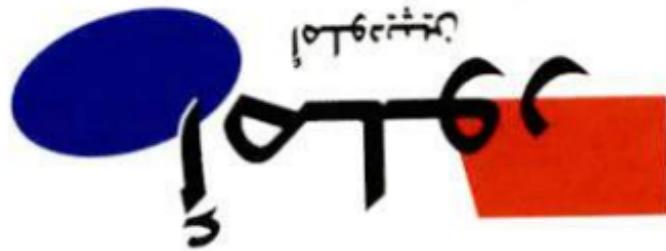
28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

LE 28

5 mg



UT.AV : 2 2 2 2

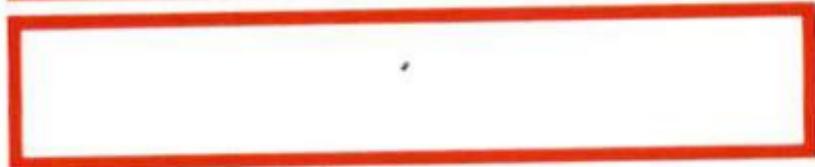
P.P.V.

LOT N° : 1278004

89,20

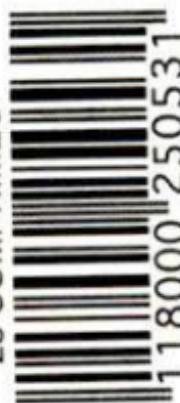
09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES



Amel 5 mg

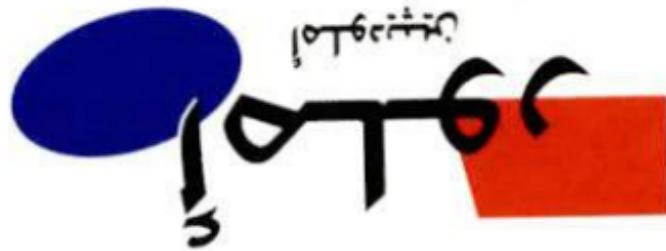
28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

LE 28

5 mg



UT.AV : 2 2 2 2

P.P.V.

89 20

LOT N° : 1278004

89,10

09366067/7

Dr. Ghita BENHAYOUN

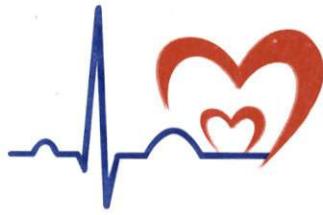
Spécialiste en pathologie cardiovasculaire

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

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

دبلوم الفحص بالصدى بكلية بوردو II

دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V

Le 04/08/2020

Le :

Mr Iraqi Karim

Note d'honoraire N°110/2020

C2+ECG : 300 Dhs

IF : 15162455

ICE : 001734293000063

Dr Ghita BENHAYOUN
Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
82, Rue Moussa Ibnou Noussair
Casablanca - Maroc
Tél. : 05 22 260 250 / 05 22 48 20 14 • Fax : 05 22 48 20 14 • GSM : 06 61 43 05 60 • ghitabenhayoun@gmail.com

Dr BENHAYOUN Ghita

Nom : IRAQI KARIM SN : 0004199

Sex : Case No. :

Age : 49Y

Lit No. :

Clinique N :

Date : 04/08/2020

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha

FC: 91bpm

P Interval: 81ms

QRS Interval: 79 ms

T Interval: 203 ms

PR Interval: 125 ms

QT Interval: 343 ms

QTc Interval: 421 ms

P Axis: 51.30°b

QRS Axis: 12.20°b

T Axis: 21.70°b

Prompt:

Refaç S1Sp

Ans (aus)

BBST en couple
pas de fil de reposition

Signature Médecin :

