

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

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0042002

MD = 19845

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0497 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENNIS Brahim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. J. SIBAÏ
CARDIOLOGUE

Angle 38. Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Arach - Casablanca

Date de consultation : 03 FEB 2020

Nom et prénom du malade : BENNIS BRAHIM

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA Affection Longue Durée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, cocher la case "Données personnelles" 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) : ACCUEIL ACCUEIL

RELEVÉ 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
03.FEV.2020	C ₂ +ECG		300 dhs	CARDIOLOGUE Angle 38. Bd Lalla Yacout et 1, Rue El Arazi - Casablanca Tél: 05 22 46 79 79 - 05 22 45 78 90

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PAM Dr. Bouchaib AL GOUZMARI 37 Bis, Rue Bir Anzarane AZEMMOUR Tél: 05 23 34 72 90	03/02/2020	2256,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction]																		
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور جمال السباعي

اختصاصي في أمراض القلب والشرابين
خريج كلية الطب بباريس

أوقات العمل من الإثنين إلى الخميس من س 9 إلى س 15
والسبت من س 9 إلى س 11

العيادة مغلقة يوم الجمعة والسبت بعد الزوال والأحد

لأخذ موعد اتصلوا ب: 06 22 180 812

N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le

03 FEB. 2020

الدار البيضاء ، في

Mr BENNIS BRATHUR

REGIME SANS SEL *2/2/20*

136,6 y 2

35,7 x 3

40, 20, 3

437, 2, 3

$$56,60 \times 5$$

25, ~ x 3

87, 30

2256, 60

Amor 5, 19

TRAITEMENT DE 3 MOIS

Kardex 1607 1 mch/yr

TRAITEMENT DE 3 MOIS

Odia 27 19/10

TRAITEMENT DE 3 MOIS

Januar 50/100 19 x 24)

TRAITEMENT DE 3 MOIS

877max 107 191)

TRAITEMENT DE 3 MOIS

Total so, $\frac{19}{29} \times 21$

TRAITEMENT DE 3 MOIS

MonoZelare song 19/5

TRAITEMENT DE S...

Dr. J. SIBAI

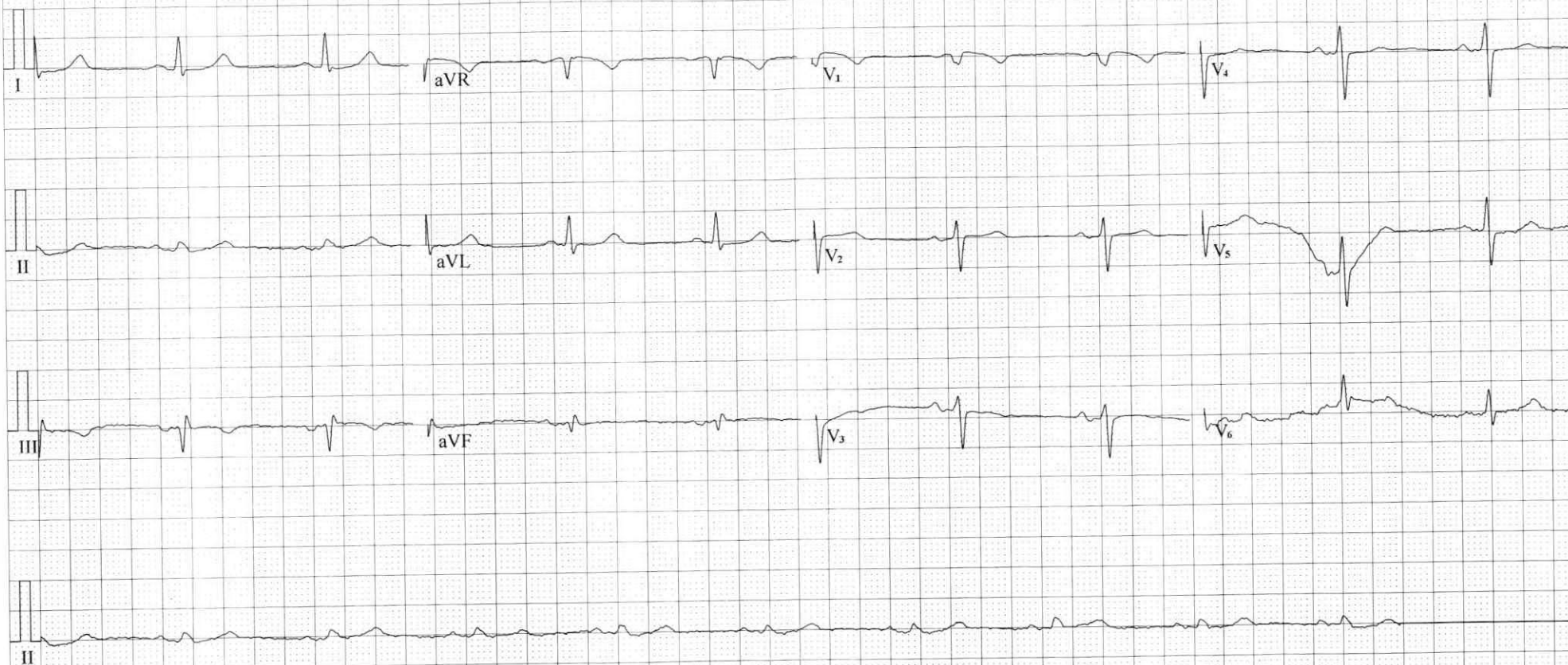
CARDIOLOGUE

Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Arsa - Casablanca
Tél.: 05 22 46 79 79 - 05 22 46 78 90

زواوية 1، زنفة العرعار (كي لومناك سابقا) و 38 شارع للا البياض - عمارة بمسمى - الطابق الأول - الدار البيضاء 20090 الهاتف : 05 22 48 79 79 / 05 22 48 79 79 - ICE : 001790451000004

Angle 1, Rue El Araar (ex.Gay Lussac) et 38, Bd. Lalla Yacout - Imm.BMCI - 1er Etage - Casablanca 20090 - Tél.: 05 22 48 79 79 / 05 22 48 78 90

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR :	132 ms
Durée Echantillon :	9 s	Intervalle QT :	422 ms
FC :	63 bpm	Intervalle QTc :	432 ms
Durée P :	105 ms	Axe P :	-24.9°
Durée QRS :	109 ms	Axe QRS :	3.7°
Durée T :	283 ms	Axe T :	7.0°

Suggestion :

Dr. J. SIBAI
 CARDIOLOGUE
 Angle 38. Bd. Kalla Yacout et
 1, Rue El Anassir - Casablanca
 Tél.: 05 22 46 79 79 - 05 22 46 78 90

Signature Médecin:

Filtre Principal: On Filtre ADS: On