

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ① Réclamation | : contact@mupras.com |
| ② Prise en charge | : piec@mupras.com |
| ③ 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.

N° W19-539470

60963

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8193

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

Rhalam Rita

Date de naissance :

01 07 1974

Adresse :

Terrasses de bouskoura Imm 10 apt 1
ville verte

Tél. : 06 61 33 42 17

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Hamza BENNOUAF

Cardiologue

Bd. Abdelmalek et Rue Abdelmalk
CASABLANCA

Tél. 05 22 80 59 39 / 38 38

Date de consultation : 18 JAN 2021

Norm et prénom du malade :

Rhalam

Lien de parenté :

Lui-même

Comptoir

Nature de la maladie :

Palpitation

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements suivants directement à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'affirme 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 : Casablanca

Le : 18 / 01 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Rita



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
18 JAN 2021	Corps	-	3000	DR. BERNARD BERNARD PAUMEUR, à la date du 08.02.2021 CASIER DE LA RUE ANTOINE

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des
18 Actes
JAN. 2021

Actes

des Honoraires

A photograph of a handwritten signature "Dr. Abdellah Benmoula" written over a rectangular blue stamp. The stamp contains the following text:

Cachet et signature du Médecin
attestant le paiement des Aides

DR : Abdellah Benmoula

RETOUR CAS 13838
BENMOU LA 39 CA 00 05 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

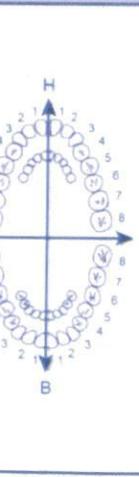
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
				INP : <input type="checkbox"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>														
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
D	B																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

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)

خريج كلية الطب ببنانسي (فرنسا)

الشرايين وأمراض القلب في اختصاصي

طیب سابق بمستشفيات نامن

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنايسى

ELECTROCARDIOGRAMME

Nom :

RHOLAM

Prénom :

Date de naissance :

01/07/74

Age: 47 yrs

Date d'examen :

18 JAN. 2021

Heure :

Motif d'examen :

B1

Traitements :

Conclusions :

اقامة هشام زاوية شارع عبد المؤمن ورقة عبد العالى بجوار الدايميا - الهاشمية : 39 39 86 22 05

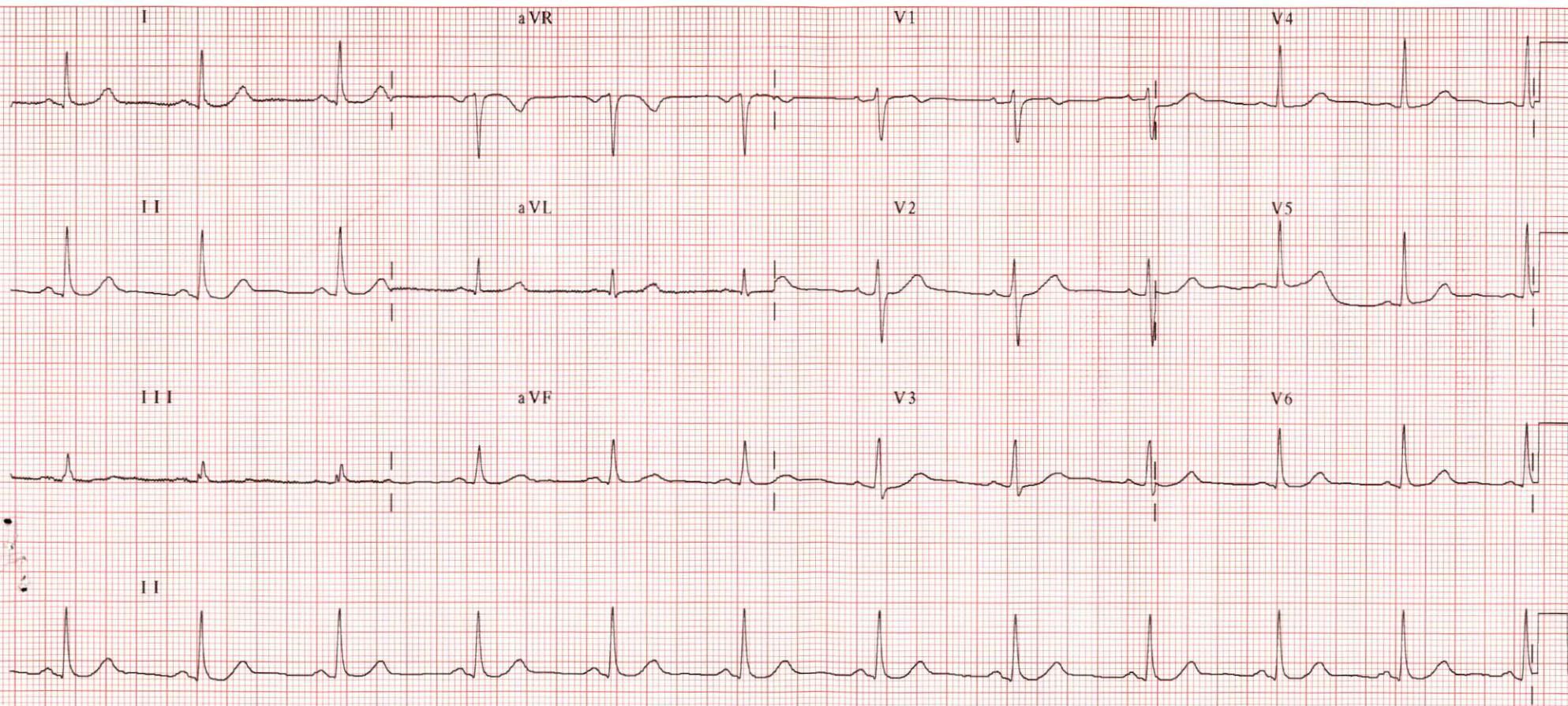
Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Al delmalek Abes Marouane - CASABLANCA

Téléphone : 05 22 86 39 39 - Urgences : 06 01 16 96 78 - Fax : 05 22 86 38 38

FC 67
PR 154
QRSD 88
QT 388
QTc 410

--Axe--

P 48
QRS 52
T 27



25 mm/s 10 mm/mV F ~ 0.5 Hz - 40 Hz W HP7F8 65151
36.460