

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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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 facture 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

Communication : contact@mupras.com
 Membre en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhession@mupras.com

La mutuelle garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3731

Société : RASM

07967

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AFIA BENNANI HAFIDA

Date de naissance : 25/04/1957

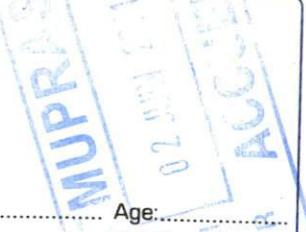
Adresse : Residence Andalousia T449 N° 2
CASABLANCA

Tél. : 0561 479229 Total des frais engagés : 2451,25 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : 06/10/2021

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
06/04/21	Cl + ECA		\$500,00 HT	Dr. EL MOBADI M1 Spécialisé en PATHOLOGIE AUDIO-VASCULAIRE 203 bd panoramique N°38, Rond point panoramique II, 3 ^{me} étage N°38, Rond point panoramique 2 Mars, Ain Chock - Casablanca Tél: 05 22 87 00 84

EXECUTION DES ORDONNANCES

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création remont adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAILX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Dr. Hanane EL MOSALAMI
SPECIALISTE EN PATHOLOGIE
CARDIO-VASCULAIRE

Diplômée d'Échocardiographie de l'Université
Bordeaux Segalen
Holter ECG et Tensionnel
Epreuve D'effort
Echocardiographie de stress
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca



الدكتورة حنان المسلمي
أخصائية في أمراض القلب والشرايين

دبلوم الفحص بالصدى بجامعة بوردو بفرنسا
التسجيل المستمر للضغط الدموي و تخطيط القلب حتى ثلاثة اسابيع
تخطيط القلب أثناء الجهد
فحص القلب بالصدى أثناء الجهد
طبية داخلية سابقة بمستشفيات باريس بفرنسا
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca le : 06/04/2021 الدار البيضاء، فـ

MME AFRITE BENNANI HAKIMA

229 00

X4

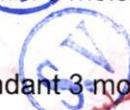
- **Coplavix 75mg/100mg**
1 comprimé, matin, pendant 3 mois



103 40

X4

- **Nebilet 5mg**
1/4 comprimé, matin, pendant 3 mois



- **Tahor 40 mg**

1 comprimé, soir, pendant 3 mois



- **Vastarel 35 mg**

1 comprimé, matin, soir, pendant 3 mois



- **Codoliprane 400 mg / 20 mg**

1 comprimé, matin, midi, soir si besoin



- **Megaflow 500 mg**

1 comprimé, matin, soir, pendant 7 jours

92,5

X3

- **Zydrol 500 mg**

1 comprimé, matin, soir, pendant 5 jours

29,25

- **heparat**

2 Comprimé, matin, midi, pendant 3 mois

6,5,60

215110 Pharmacie MA PERLA

Dr. Maryam RYACHI Ep. ZOUINE

Permis de vendeur Imm 14 N°4
Tél: 05 22 53 79 68

الدكتورة حنان المسلمي
Dr. Hanane EL MOSALAMI
SPECIALISTE EN PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE
203 bd panoramique, Imm panoramique II,
3^{eme} étage N°38, Rond point panoramique II,
2 Mars, Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 87 00 84

Adresse: 203 bd panoramique, Imm panoramique II,
3^{eme} étage N°38, Rond point panoramique 2 Mars
Ain Chock - Casablanca

E-mail: cabinetelmosalami@gmail.com

Tél: 05 22 87 00 84 - Urgences : 06 77 18 79 17

عنوان: 203 شارع المنظر العام، إقامة المنظر العام 2، طابق 3، رقم 38
نقطة شارع 2 مارس و شارع المنظر العام

عن الشق - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني: cabinetelmosalami@gmail.com

الهاتف الثابت: 05 22 87 00 84 - المستعجلات: 06 77 18 79 17

valable 3 mois

Le 06.04.2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	Dr. Hanane EL MOSALAMI SPÉCIALISTE EN PAHNOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE 203 bd. panoramique, Imme panoramique II, 3 ^{me} étage N°38, Rond point panoramique Casablanca, Ain Chock Casablanca Tél: 05 22 87 00 84
Certifie que Mlle, Mme, M.	AFRITE BENNANI HAKIMA
Présente	coronopathie
Nécessitant un traitement d'une durée de :	trois mois
Dont ci-joint ordonnance :	<input checked="" type="checkbox"/>
(à défaut noter le traitement prescrit)	Copaxone 75/100 mg 1cp/5, Nebilet 5 mg, cp, Vastranel 150 mg 1cp x 2/8, Tabin 20 mg 1cp x 10

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6^{me} Etage. Casablanca

Date: 06/04/2021 14:34:40
ID Patient: 06/04/202166
Nom: Afrit Bennani, Hakima
Sexe: Féminin
Age: 61 Année
Né le: 25/04/1959

RÉSUMÉ:

الدكتورة حنان بناني
Dr. Hanane EL MOSALAMI
SPECIALISTE EN PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE
203 bd panoramique, 1000 panoramique II,
3^{me} étage N°38, Route de Casablanca
2 Mars, Ain Chock, Casablanca
Tél: 05 22 87 00 84

ECG de repos

PA: 125/70

FC: 59 BPM
QRS 56 ° P 61 ° T 50 °
QRS 90 ms P 80 ms
PR 118 ms QT 418 ms QTc 416 ms

Rapport non confirmé

