

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

aladie 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.

N° M21- 062078

83610

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1802 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DRISSI OUAFAA

Date de naissance : 28/07/51

Adresse : 39 Rue EL HOUSSAIN GARAT

Tél. 05 99 67 18 63 Total des frais engagés : 322,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr **BENCHERKOUN Najah**
CARDIOLOGUE
Tél.: 06 6115 55 34

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/08/2021

Nom et prénom du malade : DRISSI OUAFAA Age : 70

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dyspnée

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 : 05/09/21 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
31/08/2021	CSI + ECG	2000dh		DT. BENCHERIF UN Najaah CARDIOLOGUE Tél.: 06 6115 55 34

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 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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Najah BENCHEKROUN

Cardiologue

Ancienne Interne des Hôpitaux de Nice

Diplômée de la Faculté de Nice Sophia Antipolis

Echo Doppler Cardiaque et Vasculaire

Holter Tensionnel et ECG

Epreuve d'effort



الدكتورة نجاح بنشرoron

إختصاصية

في أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب ببنيس (فرنسا)

Casablanca le 31/08/2021

NOTE D'HONORAIRES

Docteur BENCHEKROUN Najah

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mme DRISSI OUAFAA

et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires:

Soit la somme de: 300dhs pour la consultation. *avec ECG*

Cachet signature:

Dr. BENCHEKROUN Najah
CARDIOLOGIE
Tél.: 06 61 15 55 34

80 NO²/68

Dr. ENCHERZEN N.M.A.H.
CARDIOLOGIE
TEL: 06 6115 65024

Rapport non confirmé

3108.2021 10:37:03
12 derivations standard

FC 75 bpm RR 800 ms
P 102 ms
PR 124 ms
Axe P 35° QRS 87 ms
Axe T 17° QTcB 369 ms
Prot. reqd.

Date de naissance: 28.07.1951
N°. séjour: Femmin
Sexe: Femmin
Taille: 168 cm
Poids: 75 kg
Ethnicité: Caucasien
Stimulateur C: Non
Remarque:

Nom patient: Oufa Drissi
N° patient: 31082021
Nom Drissi: Oufa Drissi

