

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 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

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



Déclaration de Maladie

N° W21-651742

84045

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8692	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KARIM
Nom & Prénom : TRACI KARIM			
Date de naissance : 01/01/1971			
Adresse : 353 CASA GREEN TOWN BOUSKOURA			
Tél. : 066 72 96 983	Total des frais engagés : 300 + 469 Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :
Dr Ghita BENHAYOUN Cardiologue 82, Rue Moussa Bnou Noussair 1er Etage - Casablanca TEL: 0522 26 02 50 - GSM: 0661 43 05 60
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : KOURIM DRAPPI
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : TGA
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 : Casablanca Date : 14 SEP. 2021
Signature de l'adhérent(e) : OS 109 1 2021

Le : 05 109 1 2021

VOLET ADHERENT
Déclaration de maladie
N° W21-651742
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.
Coupon à conserver par l'adhérent(e).
MUPRAS
Matricule : 8692
Nom de l'adhérent(e) : ALI CHAFAK
Total des frais engagés : 300 + 469
Date de dépôt : 14 SEP. 2021

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
10/31 2012	Cr + Elle		3000,00	INP : 11111111111111111111 INPE : 11111111111111111111 Signature : Ghita BEN AAOUD Signature : Sardine Bnou Noussair Signature : Casablanca Date : 14/05/2012 Téléphone : +212 524 006143 05 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
S.E PHARMACIE GOLF CITY Pharmacie commerciale Golf City DC N° 9 - Bouleknoura Casablanca Tél: 0522 59 07 09	03/09/2021	469,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

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	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>	
				Montants des soins <input type="text"/>	
				Début d'exécution <input type="text"/>	
				Fin d'exécution <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H D	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins <input type="text"/>	
				Date du devis <input type="text"/>	
				Date de l'exécution <input type="text"/>	

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

Casablanca, Le : 03/08/2022

M^r Mapi kaiin

UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

136 60

136,60

**136,60 X 3
409,80**

FORCAR®
A consommer de
préférence avant fin:
Lot n° :
59,50

469,30

Mme de Guin

UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

136

60

136,60

136,60

STE PHARMACIE GOLF CITY
Centre commercial Boussouira Golf city
RDC N° 9 - Boussouira - Casablanca
Tél: 0522 59 07 09

SV

136,60

2) forcar

SV

59,50 DH
Lot n° C2103303
Per: 02-2024

Dr Ghita BENHAYOUN
Cardiologue
82, Rue Moussa Ibnou Noussair
1er Etage - Casablanca
Tél: 0522 20 250 - GSM: 0661 43 05 60

SV

82, Rue Moussa Ibnou Noussair, 1er étage, Casablanca

Tél. : 05 22 260 250 / 05 22 48 20 14 • Fax : 05 22 48 20 14 • GSM : 06 61 43 05 60 • ghitabenhayoun@yahoo.fr

Dr BENHAYOUN Ghita

Nom : IRAQI KARIM SN : 0005868

Sex : Case No. :

ECG

Age : 50Y

Lit No. :

Clinique N :

Date : 03/09/2021

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha

PR Interval:

15s

130 ms

QT Interval:

362 ms

Prompt:

FC:

82bpm

QTc Interval:

423 ms

P Interval:

80ms

P Axis:

62.90°b

QRS Interval:

79 ms

QRS Axis:

10.00°b

T Interval:

201 ms

T Axis:

26.70°b

RRI à 82b
Avec Ondes de
pas de blocage
de dépolarisation

Signature Medecin :

