

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

Informations 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.

Biologie 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.

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.

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0749 Société : RAM 102569

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SOUHAÏL Abdallah

Date de naissance : 01/07/1934

Adresse : 1A0N Rue latif laâla Feu krotine

Localisation : Casablanca

Tél. : 06 89 26 336 Total des frais engagés : 10 59,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin



Date de consultation : 31/01/2022

Nom et prénom du malade : Souhaïl Abdallah Age:

Lien de parenté:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 :

Le : 07/02/2022

Signature de l'adhérent(e):



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
3/01/2014 2/01/2014 2/01/2014	Visite Moratoire Visite Moratoire Visite Moratoire		300,00	Dr. Lihia El Feky Spécialiste en Pathologie 92, Rue Kousch Bruxelles Tél: 0322 400 350 GSM: 0661 436560

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Remiseur	Date	Montant de la Facture
	31 AOÛT 22	759.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent																										
			Coefficient des travaux																										
			Montants des soins																										
			Début d'exécution																										
			Fin d'exécution																										
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
			<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
		H	25533412	21433552																									
		D	00000000	00000000																									
		B	00000000	00000000																									
		G	35533411	11433553																									
H		25533412	21433552																										
D		00000000	00000000																										
B		00000000	00000000																										
G		35533411	11433553																										
			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

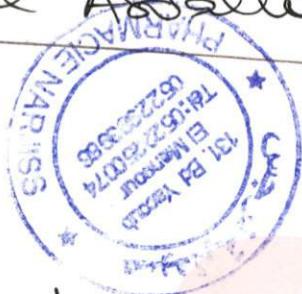
Dr. Ghita BENHAYOUN

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire
D.I.U Echocardiographie
de la Faculté Victor Ségalen Bordeaux II
D.U cardiologie pédiatrique
de la Faculté René Descartes Paris V



Casablanca, Le : 30/10/2022

M^R Souhaïl Abdellah



Mr de Guin

30/10/2022

1) Kandori 16 .

0 - 2 =

2) Tourniés
1 - 0 - 0

3) Socor 20

0 - 0 - 2

4) Mexikone 48
1 - 2 - 2

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

5) Covenam (K)

$$70800 \times 3 = 62400$$

1 - 0 - 0
759.20



208,00 ↵

Dr. Ghita BENHAYE
Spécialiste en pathologie cardiaque
82 Rue Mousa Baou Noussir
Tel: 0522 260 250 Fax: 0522 260 250
GSM: 066143

208,00 ↵

208,00 ↵

Lot:
À consommer de préférence avant le:
PPC: 99,50 DH

210058

02/2024

KARDEGIC 160MG
SACHETS 830
P.P.V : 35DH70
LOT : 21E09
PER : 12 2022

3 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS 830
P.P.V : 35DH70
LOT : 21E10
PER : 05 2023

6 118001 081189



Re 0749

valable 3 mois

Le 21/01/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : BENAHMOUN Souhaïl Abdallah

Certifie que Mlle, Mme, M. Souhaïl Abdallah

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

lourdeur de force

Dont ci-joint ordonnance : cf ordonnance

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr BENHAYOUN Ghita

Nom : SOUHAÏL ABDELAH 006578

Sex : Case No. :

Age : 88Y Lit No. :

Clinique N : Date : 31/01/2022

Section :

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	162 ms
Temps d'écha	15s	QT Interval:	409 ms
FC:	75bpm	QTc Interval:	456 ms
P Interval:	86ms	P Axis:	83.70°Cb
QRS Interval:	109 ms	QRS Axis:	17.80°Cb
T Interval:	212 ms	T Axis:	51.30°Cb

Prompt:

R2Ra 25bpm

Axe Ours I.

pas de ST

de repolarisation

Signature Medecin :

