

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

Prendre 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.

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° M21- 0036170

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 460 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AIT KASS BOUJEMAA

Date de naissance :

Adresse : 21 RUE MER MEDITERRANEE

Tél. 0663058589

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr A BENGHAZI
CARDIOLOGUE
275 Bd Zerktouni Casa
Tel 0522 39 98 48
0663 08 63 80

Date de consultation : 06.08.2012

Nom et prénom du malade : AMALOU, ZINEB Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + Hémodialyse + déficience My

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 : / /


Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
02/02/22	L21E14		3.50,00	Dr A. BENGHAZI CARDIOLOGUE 275 Bd Zerkouni Casa Tel 0522 39 98 48 0663 08 63 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/01/22	401,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

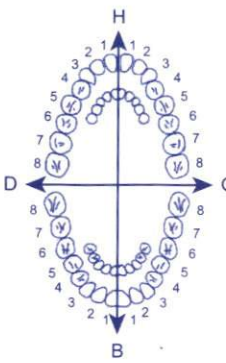
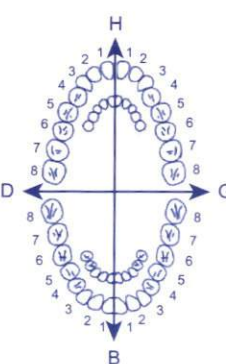
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATION CARDIO - VASCULAIRE

Docteur Abdelhamid BENGHAZI CARDIOLOGUE



- Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine et au CHU Ibn Rochd de Casablanca
- C.E.S. de Cardiologie
- Lauréat de l'Université de Paris
- Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris aux services d'Hémodynamique et d'Angiocardiographie
- Ancien Chef du Service de Cardiologie et de l'Unité des soins intensifs aux Polycliniques de la Sécurité Sociale
- Membre de la société française de cardiologie

الدكتور عبد الحميد بنغازي

إختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية
خريج جامعة باريس
أستاذ سابقا بكلية الطب والمركز الصحي الجامعي
ابن رشد بالدار البيضاء
ملحق سابقا في مستشفيات باريس بمصالح الحركة الدموية
وتشخيص أمراض القلب والأوعية الدموية بإستعمال الأشعة السينية
رئيس مصلحة القلب سابقا وقسم العناية
المكثفة في مصحات الضمان الإجتماعي
عضو المنظمة الفرنسية لأمراض القلب

LOT: 0037
PER: 11-24
PPC: 89.00DH

بالموعد

Casablanca, le : 2-7-2022 في الدار البيضاء

Mme AMALOU zineb

NURAC 300

1 gélule le soir

Anxiol

1/4 cr le soir

36,70

1/2 capsule aoo (1 grande boîte)

- 2 gélules / j x 7 jours

- Puis 1 gélule / j

Titanoreine parmod

1 application locale / j

Ramipril 5 mg

1 cr / j Pendant 3 mois

OT: 13621006
PER: 10/2024
PU: 98.00 DH

LOT: 210842
PER: 06-2024
PPV: 16.00DH

tot = 401,20

PHARMACIE ONYX
Dr. Abdelhamid Benghazi
Bd. Zerktouni Lot. Salay
Casablanca
Tel: 0522 39 68 40
0663 08 65 80

Dr. A. BENGHAZI
CARDIOLOGUE
275 Bd Zerktouni Casa
Tel 0522 39 68 40
0663 08 65 80

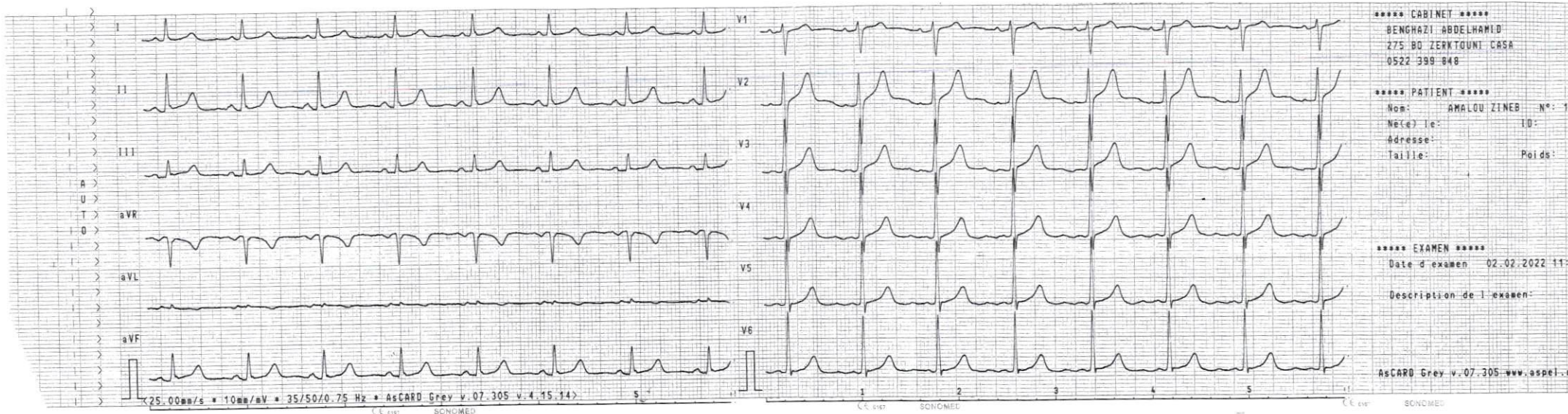
Votre prochain rendez-vous le

54,00

54,00

él: 052

54,00



**** CABINET ****

BENGHAZI ABDELHAMID
275 BO ZERKTOUNTI CASA
0522 399 848

**** PATIENT ****

Nom: AMALOU ZINEB N°: 1
N(e) le: 10:
Adresse:
Taille: Poids:

**** EXAMEN ****

Date d'examen 02.02.2022 11:

Description de l'examen:

ASCARD Grey v.07.305 www.aspel...