

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10503 Société : RAM

Nom & Prénom : A GOUT DRISS

Date de naissance : 26/04/1963

Adresse : Habituelle

Tél. : 0522499277 Total des frais engagés : 610 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL AOUNY FATIMA 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 : CASABLANCA

Le : 16/01/2023

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
16.01.23	Epineux d'effort		650 D.H	<i>Spécialiste des malades du cœur et de l'appareil respiratoire Dr. Mohamed Ali BEN AYOUN</i>

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

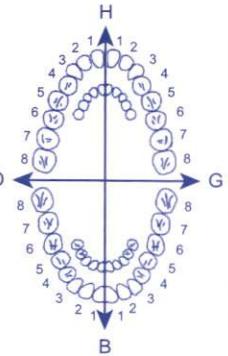
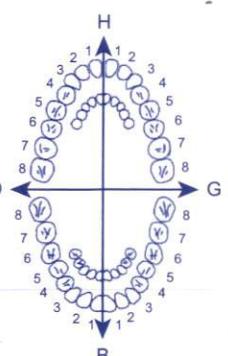
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed Ali BENNANI
Cardiologue

Spécialiste des maladies
du cœur, des vaisseaux
et de l'hypertension artérielle
Echocardiographie doppler - Holter
tensionnel - Holter rythmique
Epreuve d'effort
Traitement des varices
Sur Rendez-vous



مركز فحوصات القلب والشرايين
CENTRE D'EXPLORATIONS
CARDIOVASCULAIRES

الدكتور محمد علي بناني
إختصاصي في أمراض القلب والشرايين
وارتفاع الضغط الدموي
التشخيص بالأمواج فوق الصوتية والدوبлер
تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة
تسجيل مستمر لخطيط القلب لمدة 24 ساعة
تخطيط القلب عند المجهود
علاج الدوالي (العروق المنتفخة بالساق)
بالموعد

Casablanca, le :
Mme EL AOUNY FATIMA

الدار البيضاء، في :
le : 29/12/2022

Nom :

Ordonnance

- EPREUVE D'EFFORT

RC: ANGOR D'EFFORT

Docteur Mohamed Ali BENNANI

Dr Mohamed Ali BENNANI
Spécialiste des Maladies du Coeur
Vaisseaux et de l'hypertension artérielle
1 Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira
1er Étage - Tél/Fax: 0522 59 59 00 - Casablanca

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous le : **عدم توقف الوصفة حتى الموعد الم قبل في :**

1، زنقة 4 العهد الجديد وشارع رضى اكديرة (النيل سابقا) - الطابق الأول (قرب حمام الفن) - ابن امسيك - الدار البيضاء
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nil) - 1 Etage - (à Côté de Hammam El Fane) - Ben M'sik - Casablanca
Tél./Fax : **0522 59 59 00** - GSM : **0636 36 61 36** - E-mail : **bennanimedali@yahoo.fr**

Dr. Mohamed Ali BENNANI

Cardiologue

Spécialiste des maladies
du cœur, des vaisseaux
et de l'hypertension artérielle
Echocardiographie doppler - Holter
tensionnel - Holter rythmique
Epreuve d'effort
Traitement des varices
Sur Rendez-vous



مركز فحوصات القلب والشرايين
CENTRE D'EXPLORATIONS
CARDIOVASCULAIRES

الدكتور محمد علي بناني

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

وارتفاع الضغط الدموي

التشخص بالآمواج فوق الصوتية والدوبلي

تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة

تسجيل مستمر لخطيط القلب لمدة 24 ساعة

تخطيط القلب عند المجهود

علاج الدوالي (العروق الممتدة بالساق)

بالموعد

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

Nom :

Dr. C. M. Bennani 10/10/2022
Nom - Tel OVN f.
Prénom - F. Atima
A. Fa Professeur M. Bennani
Professeur M. Bennani

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous le :

عدم توقيف الوصفة حتى لو بعد المقابل في :

1، زنقة 4 العهد الجديد وشارع رضى اكديرة (النيل سابقا) - الطابق الأول (قرب حمام الفن) - ابن امسيك - الدار البيضاء
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nil) - 1 Etage - (à Côté de Hammam El Fane) - Ben M'sik - Casablanca
Tél./Fax : 0522 59 59 00 - GSM : 0636 36 61 36 - E-mail : bennanimedali@yahoo.fr



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

HPIC

FACTURE

N° : 23000999 Du : 16/01/2023

Patient : FATIMA EL AOUNY

Prise en charge : PAYANT Admission : 16/01/2023

N° Dossier : 23001034 Sortie : 16/01/2023

Désignations des prestations	Nombre	Lettre clé	Prix unitaire	Prix total
CONSULTATION	1		650.00	650.00
			Sous-Total	650.00
Total clinique				650.00
Arrêtée la présente ticke modérateur à la somme de : Six cent cinquante dirhams			Total brut : Remise : Total net :	650.00 0.00 650.00

Service Consultation Cardiologie
Tél: 05 22 05 40 40 / 05 22 05 40 41
Hôpital Privé International de
Casablanca

ID: AB213617	2ème ID:	ID Admission:
DDN: 01/01/1972 Age: 51 Ans Sexe: Femme	Taille: Poids: Ethnie:Inconnu	Adresse: Code Postal Téléphone: Pays: Tél. prof.: Ville: Courriel: Tél. Mobile: Etat:
Angor: Inconnu Cathé G.: Inconnu Diabète: Inconnu Passé Familial: Inconnu	Passé IM: Inconnu Cathé: Inconnu Fumeur: Inconnu	Indications Médications
Médecin traitant: DR BENNANI MED ALI	Site:	Type de Procédur
Signé par: Opérateur:	FMT: 144 bpm (85%) Max HR(%MPHR): 146 bpm (86%)	Cause de fin: Symptôme:
Diagnostic	Notes	
Conclusions	<p>- Éprouve s'effort yes a une diastole et éléctrocardiogramme</p> <p>- HTA d'effort</p>	

Revu par:

Signé par:

Date: 16/01/2023

M. Mohamed Ali BENNANI
Spécialiste des Maladies du Coeur, des
Vaisseaux et de l'Hyper tension artérielle
1, Rue 4, Ana El Jadid, et Rd. Beya Guedira
1er Etage - Tel/Fax: 0522 59 39 00 - Casab