

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 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

- Reclamation : 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 : 1545 Société : RAM 160648
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BENYASS ABDELLAH
 Date de naissance : 08/03/54
 Adresse : LOT 125 TRANCHE D LMADINA LTABAIDA
SIDI OTHMANE CASABLANCA
 Tél. : 0662189350 Total des frais engagés : 1175,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : CHARIF CHEFCHAOUNI SOUAHIL
 Anesthésiste Réanimateur
 INPE: 091250670
 Al Hayat Oasis Clinic
 Tél: 05 22 999 444 - Fax: 05 22 25 46 13

Date de consultation : 11/05/2023
 Nom et prénom du malade : BENYASS ABDELLAH Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : consultation pour Amiothériose ECG

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 10/05/23

Signature de l'adhérent(e) : Benyass Abdellah

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
11/15/23 CDA + SCG			# 1400.00 DH
11/15/23 N° sur la facture			# 150.00 DH

CACHET : signature du Médecin attestant le paiement des Actes
INPE 091250070
AL HAYAT OASIS CLINIC
28 Rue Rostand Quartier Oasis
+212. 0522 999 444

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HAYAT OASIS CLINIC	11/15/23	625.20

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

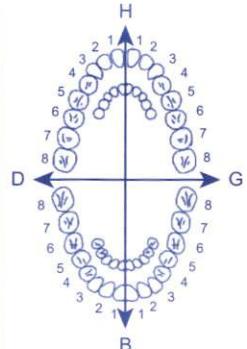
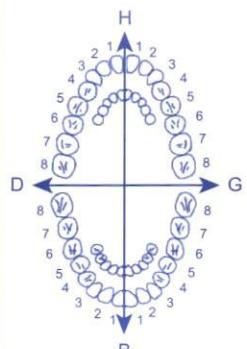
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
		35533411		11433553
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				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



ORDONNANCE

Dr:

Date : 21/08/2023

Nom et Prénom du patient :

A



11/05/2023

3E110993

BENYASS ABDELHAFID

Né(e): 08/03/1954

Dr. CHAOUKI MOHAMED

138.10x2
349.00

1-1) Laxative 2 (400 mg)



1 mg/le 1/2 cu x 2 cu

le 1/2 cu. cu. cu. cu.
l'heure cu. cu. cu. cu.
l'heure cu. cu. cu. cu.

cu. cu.

PHARMACIE LINE
MADINA AL JADIDA
LAHLOU FATHON
Pharmacie
N° 378, Tranche D Cte N° 10
Rue Rostand - Casablanca

Dr. CHARIF CHEFCHAOUNI SOUHAIL
Anesthésiste Réanimateur
INPE: 091250670
Al Hayat Oasis Clinic
Tél: 05 22 999 444 - Fax: 05 22 25 46 13

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sébaâ 20250 Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0 AML SER B2
P.P.V. : 138DH10

6 118 001 080472

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sébaâ 20250 Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0 AML SER B2
P.P.V. : 138DH10

6 118 001 080472

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sébaâ 20250 Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0 AML SER B6
P.P.V. : 349DH00

6 118 001 080465

ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca
TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 OU 254.504

F A C T U R E

N° 965 / 2023 du 11/05/2023

Nom patient : **BENYASS ABDELHAFID**

Entrée 11/05/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 11/05/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS				
ECG	1,00	ECG	100,00	100,00
FRAIS CLINIQUE	1,00	FRAIS CLINI	50,00	50,00
		Sous-Total		150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	150,00
Immatriculation Affiliation	Part organisme	0,00
N° prise en charge :	Part patient	150,00

الطبابة الواريسن
AL HAYAT OASIS CLINIC
N° INPE 090061953
29 Rue Rostand Quartier Oasis
Casablanca Tel: 0522.254.613 0522.999.444

Dr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed Souhail

Anesthésiste - Réanimateur

Casablanca, le: 11/05/2003

Note d'honoraires

Mme Benyamin Abdelhafid

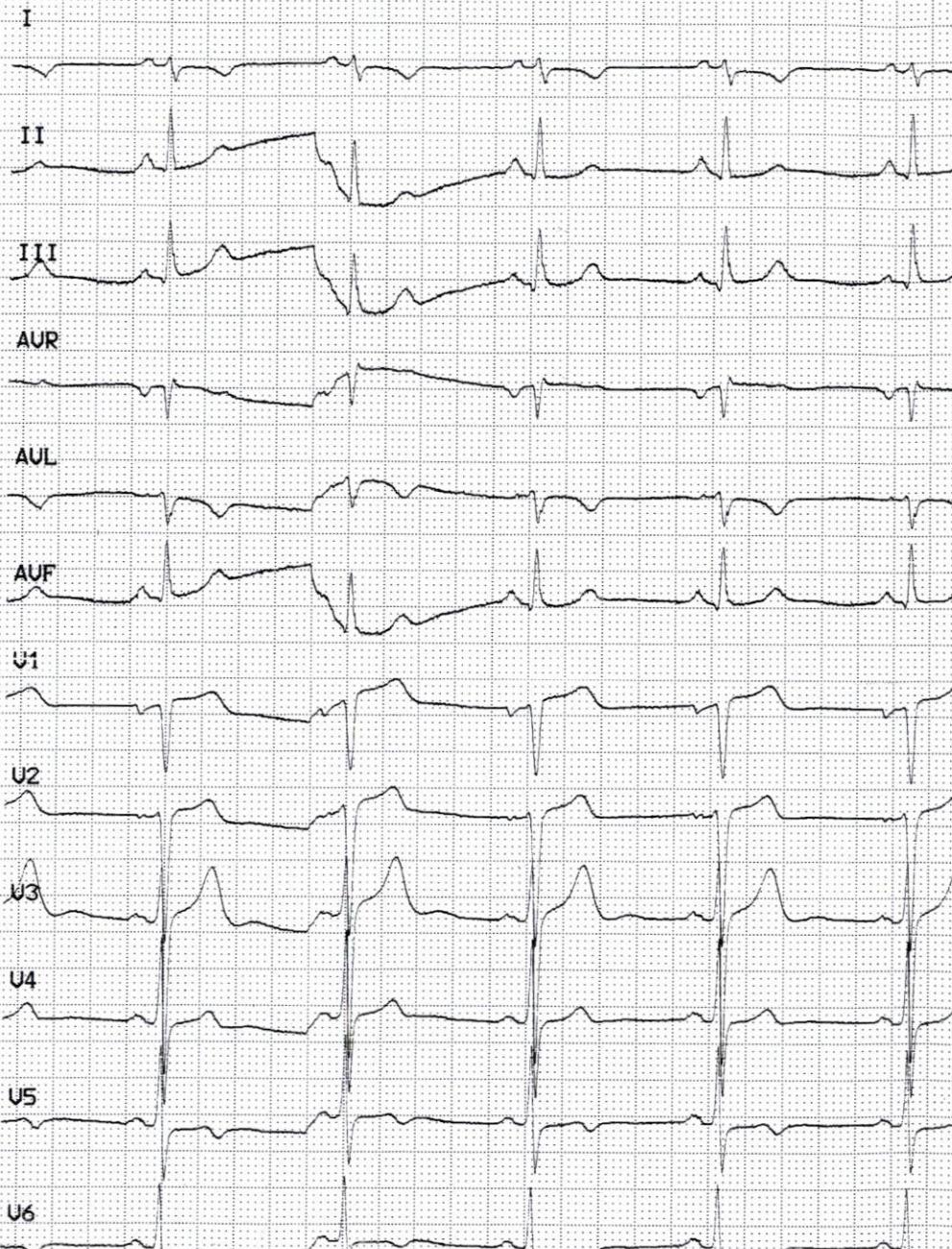
consultation prééAnesthési

+

ECG

Dr. CHARIF CHEFCHAOUNI SOUHAIL
Anesthésiste Réanimateur
INPE: 091250670
Al Hayat Oasis Clinic
Tél: 05 22 999 444 - Fax: 05 22 25 46 13

Casablanca - Tel: 0661.377.277

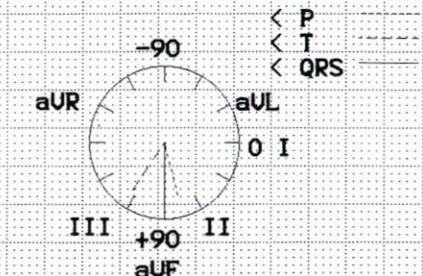


Résultats mesures:

QRS : 106 ms
 QT/QTcB : 450 / 443 ms
 PQ : 174 ms
 P : 142 ms
 RR/PP : 1032 / 1015 ms
 P/QRS/T : 75/ 90/ 125 degrés
 QTD/QTcBD: 68 / 67 ms
 Sokolow : 2.0 mV
 NK : 7

Interprétation:

A 11/05/2023
 3E110993
 BENYASS ABDELHAFID
 Né(e):08/03/1954
 Dr. CHAOUKI MOHAMED



Reaktion :
 o antil. chefche
 à la P 30

rapport non confirmé .