

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 : **07934**

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Bennis Naima**

Date de naissance : **18.05.1958**

Adresse : **Haarif Ext.**

Tél. : **06 61 13 05 22**

Total des frais engagés : **1.000,00 + 174,30 = 1.174,30 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **15.11.2019**

Nom et prénom du malade : **Bennis Naima** Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 un emballage 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 : **15 / 11 / 2019**

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 |
|--|-------------------|---|---------------------------------|--|
|  | |  | 100000 |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 15/11/23 | 174,30 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

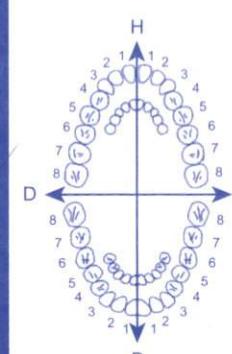
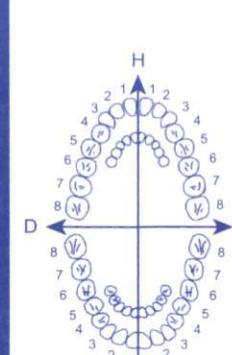
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 de l'ODF.

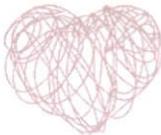
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient DES TRAVAUX |
|--|---|--|-------------|---|
|  | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H | 25533412 | 21433552 |  |
| | D | 00000000 | 00000000 |  |
| | B | 35533411 | 11433553 |  |
| | G | | |  |
| | | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | | |  |
| | | | |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. ABIDI GHIZlane

SPÉIALISTE EN PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE
ET IMAGERIE VASCULAIRE NON INVASIVE



Diplômée d'imagerie vasculaire non invasive de l'université Paris Descartes
Diplômée d'échocardiographie de l'université Bordeaux Segalen
Ancien interne de l'hôpital Ibn Rochd Casablanca et du centre hospitalier
Princesse Grace de Monaco

الدكتورة عابيدي غزلان

إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
فحص القلب والأوعية الدموية بالصدى

خريجة كلية الطب بالمستشفى الجامعي
بالدار البيضاء، وبمستشفى موناكو

Casablanca, le : 15/11/2023

Ordonnance

M. BENNIS NAIMA

Cardensiel 5
1cp /J le matin

*** Q.S.P. 3 mois ***

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH
7862160239

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH
7862160239

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH
7862160239

Docteur Ghizlane ABIDI

Dr. Ghizlane ABIDI
Spécialiste en Pathologie Cardiovasculaire
et Imagerie Vasculaire Non Invasive
89, Avenue STENDHAL - MAARIF - CASABLANCA
TÉL: 05 22 25 45 34 - URGENCE : 06 62 10 24 12 - EMAIL : dr.abidighizlane@gmail.com

Dr. Ghizlane ABIDI
Spécialiste en Pathologie Cardiovasculaire
et Imagerie Vasculaire Non Invasive
89, Avenue STENDHAL - MAARIF - CASABLANCA
TÉL: 05 22 25 45 34 - URGENCE : 06 62 10 24 12 - EMAIL : dr.abidighizlane@gmail.com

89 AVENUE STENDHAL, N° 1, VAL FLEURI, MAARIF - CASABLANCA - BP 20390
TÉL: 05 22 25 45 34 - URGENCE : 06 62 10 24 12 - EMAIL : dr.abidighizlane@gmail.com

DR. ABIDI GHIZlane

SPÉCIALISTE EN PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE
ET IMAGERIE VASCULAIRE NON INVASIVE

Diplômée d'imagerie vasculaire non invasive de l'université Paris Descartes

Diplômée d'échocardiographie de l'université Bordeaux Segalen

Ancien Interne de l'hôpital Ibn Rochd Casablanca et du centre hospitalier

Princesse Grace de Monaco



الدكتورة عابيدي غزلان

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
فحص القلب والأوعية الدموية بالصدى

خريجة كلية الطب بالمستشفى الجامعي
بالدار البيضاء وبمستشفى موناكو

Casablanca, le : 15/11/2023

Ordonnance

M. BENNIS NAIMA

Epreuve deffort a la recherche ischemie
maladie systemique ? ATCD de pericardite
ESV bigeminees
angor atyique

Docteur Ghizlane ABIDI



89 AVENUE STENDHAL, N° 1, VAL FLEURI, MAARIF - CASABLANCA - BP 20390
TÉL: 05 22 25 45 34 - URGENCE : 06 62 10 24 12 - EMAIL : dr.abidighizlane@gmail.com

CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : Mme BENNIS NAIMA
Séjour : Du 15/11/2023 au 15/11/2023

FACTURE
202306198
Du : 15/11/2023

Etablie par : M. Fatiha

Clinique

| Code | Prestation | Quantité | Prix Unitaire | Total |
|-----------------------|------------------|-----------------|---------------|----------|
| CX18 | EPREUVE D'EFFORT | 1 | 1 000,00 | 1 000,00 |
| TOTAL CLINIQUE | | 1 000,00 | | |

Encaissement Compte d'Autrui

| Prestation | Quantité | Prix Unitaire | Total |
|------------|----------|---------------------|-------|
| | | TOTAL AUTRUI | 0,00 |

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arretée la presente facture à la somme de MILLE DIRHAMS

| | |
|------------------|----------|
| | Patient |
| Total TTC | 1 000,00 |



NAIMA BENNIS
15/11/2023 11:47

PAGE RESUME

Protocole: BRUCE

Meure ST basée sur J+60ms

Durée d'ex.: 07:42

Patient Data

Nom: NAIMA BENNIS
ID: ID(2):
DDN: 18/05/1958
Sexe: Masc
Taille: cm

Age: 65
Race:
Poids: kg

NAIMA BENNIS

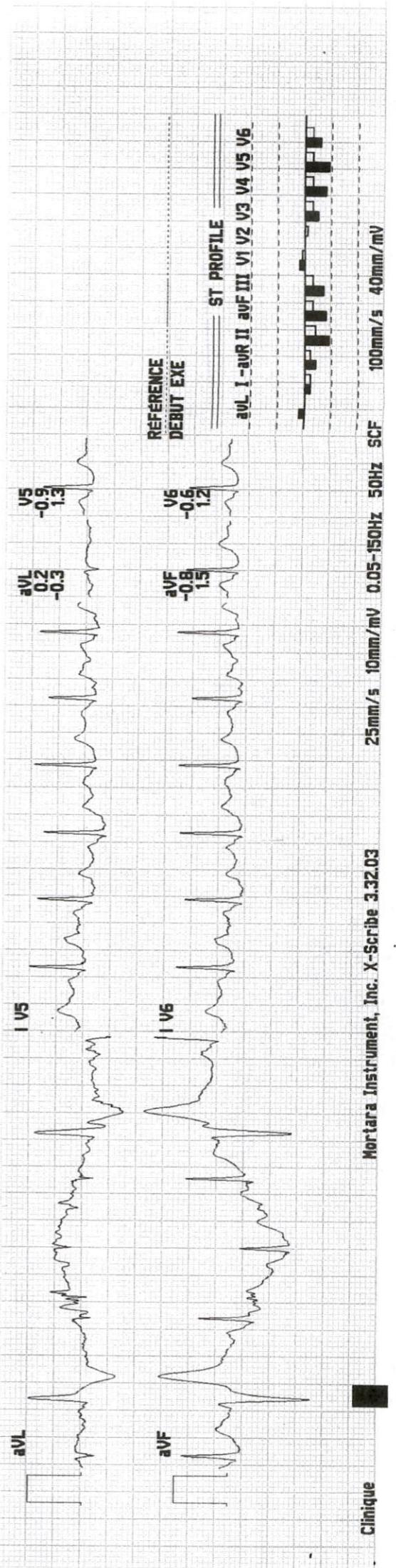
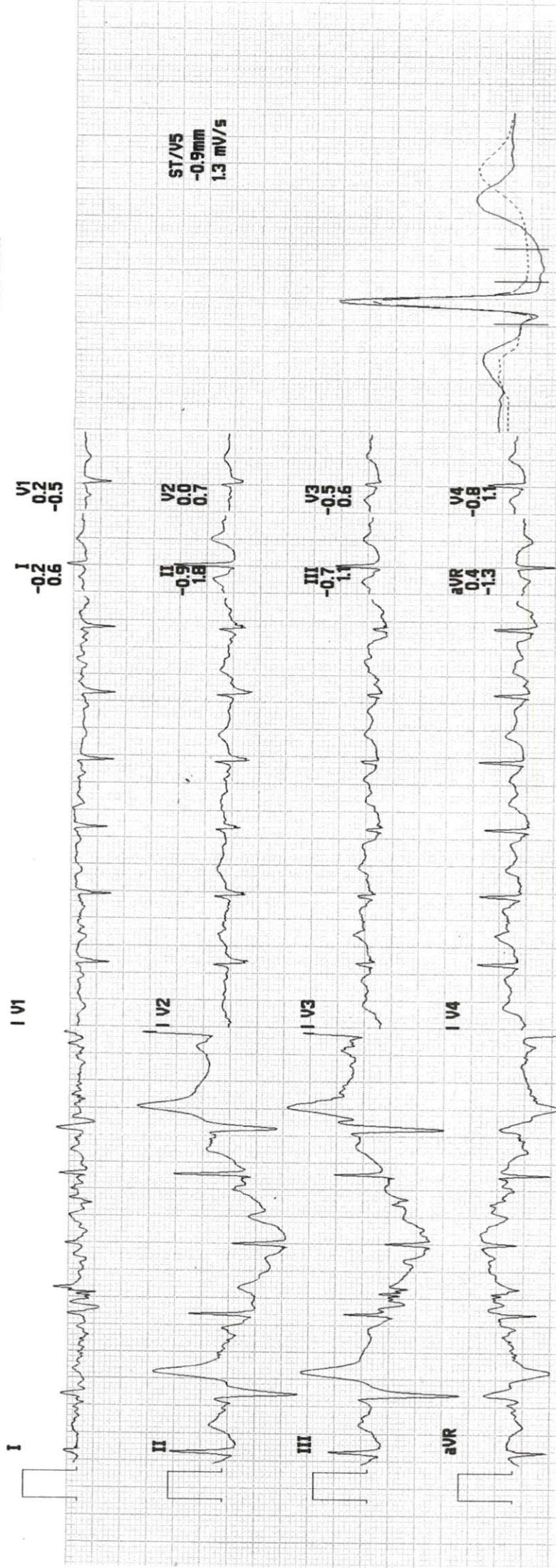
Temps: 15/11/2023 11:56:09

Date Naiss.: 18/05/1958

Sexe: Masc

07:42 EXER
01:00 RECUP

FRÉQ 119
PA 101/72
REC 00:41



NAIMA BENNIS

BRUCE

Temps: 15/11/2023 11:57:09
Date Naiss.: 18/05/1958
Sexe: Masc

07:42 EXER
02:00 RECUP

--- km/h
---%

FRÉQ 105
PA 101/72
REC 00:41

