

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

M23- N° 0034041

197037

Optique Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11236 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HANKAoui Nourreddine

Date de naissance : 31/10/1954

Adresse : F7, 3D Résidence AL WAHDA

Boulevard MOHAMMED V - BERRECHID

Tél. : 06-70-95-19-32 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/02/2021

Nom et prénom du malade : EL HANKAoui ALI Age: 64 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : obésité

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : ACCUEIL

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 : BERRECHID Le : 28/02/2021

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
28.02.24	C.s +	ECG	250DH	<i>DOCTEUR TOUZOUF CAFAGHOU</i> <i>ANNEES 2024</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

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
		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 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A 3D coordinate system with axes H (vertical), D (horizontal left), and B (depth). The axes are labeled with numbers 1 through 8 at various points along their lengths.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Dr. Mourad FILALI LEMDERSI

Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires

د. مراد الفيلالي لمدرسي

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

Mr EL HANKAOUI Ali

Mme/Mr :

28/02/2024

Berrechid le : / /

- دبلوم التخصص في أمراض القلب بكلية الطب بنانسي
- دبلوم في الفحص بالصدى بكلية الطب بنانسي
- دبلوم في أمراض القلب الرياضية بكلية الطب بباريس
- أمراض إيقاع القلب
- كليب سابقا بمستشفيات فرنسا
- عضو في الجمعية الفرنسية ل أمراض القلب و الشرايين

- * Diplôme d'étude spécialisée en Cardiologie de la faculté de Médecine de NANCY
- * Diplôme d'échocardiographie de la faculté de Médecine de NANCY
- * Diplôme de Cardiologie du sport de la faculté de Médecine de PARIS
- * Rythmologie
- * Ancien praticien des Hôpitaux de France
- * Membre de la Société Française de Cardiologie

VITAMAG-GS

1 cp / j



EL HANKAOUI ,ALI

ID:
DDN:22/07/2010
13 Ans , ,
Homme ,Inconnu
Méd.:
Site:
Médecin traitant:
Notes:

28/02/2024 15:08:41

FC: 86 BPM
Int PR: 139 ms
Durée QRS: 92 ms
QT/QTc: 364/408 ms
Axes P-R-T: 55 14 47
RR Moy: 692 ms
QTcB: 437 ms
QTcF: 411 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

Signé par:

Date:

Docteur Nouredine HABIBI LEMDE
Angle Av Mohammed 3 RUE Yaacoub
El Mansour Batailleuse 401 Ahmed
Tel 05 22 51 76 88 Entrée 14
Entrée 14

