

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8196 Société : NAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IDB.I.HI LATIFA

Date de naissance : 02/03/1966

Adresse :

Tél. : 2335 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Fouad BENNAN

CARDIOLOGUE

136, Imm. Faâj Rte. Bouskoura Sidi Mâarouf Ili

Tél. 05 22 58 30 15 - Casablanca

GSM 06 61 15 98 81

Date de consultation : 01/11/19

Nom et prénom du malade : IDB.I.HI LATIFA Age : 1966

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA MUPRAS

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|-----------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>AL HAMDI</i> | <i>01/11/18</i> | <i>152,00</i> |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|--|
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DENTS TRAITÉES NATURE DES SOINS COEFFICIENT | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | ODF PROTHÈSES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | |
| | | | | H | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur Fouad Bennani

CARDIOLOGUE

Maladies du cœur et des vaisseaux
Spécialiste de la Faculté de Médecine de Rouen
Explorations Cardio-Vasculaires
Echocardiographie-Holter
Epreuves d'Effort
C.E.S Médecine du Sport

Expert Assermenté au près des Tribunaux



الدكتور فؤاد بناني

اختصاصي في أمراض القلب
خريج كلية الطب بفرنسا
فحص القلب والشرايين
الطب الرياضي

خبر محلل لدى المحاكم

Casablanca, le 01 NOV 2019

Mme iddihia Latifa

80,00

Anginib 50 mg S.

72,00

18 /

10,00

Détensiel

→ 80,00



128 / mas /

AL HANNA
Dr. Fouad BENNANI
136, Imm. Faraj Rte. Bouskoura Sidi Maârouf III
Tél : 05 22 58 30 15 - Casablanca
GSM : 06 61 15 98 81
BIR PT N° 221 Casablanca 64
Tél : 01 4522 59 00

Dr. Fouad BENNANI
CARDIOLOGUE

136, Imm. Faraj Rte. Bouskoura Sidi Maârouf III
Tél : 05 22 58 30 15 - Casablanca
GSM : 06 61 15 98 81

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

Durée du traitement :
à revoir après

إقامة فرج 136، طريق بوسكورة سidi معروف III - الدار البيضاء

CABINET : 136, Immeuble FARAJ, Route Bouskoura - Sidi Maârouf III - Tél : 05 22 58 30 15 - Gsm : 06 61 15 98 81

عيادة أمراض القلب و الشرايين

CABINET CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRE



ELECTROCARDIOGRAMME

M.....idbiti Catifa

ENREGISTRE LE : 01 NOV 2019

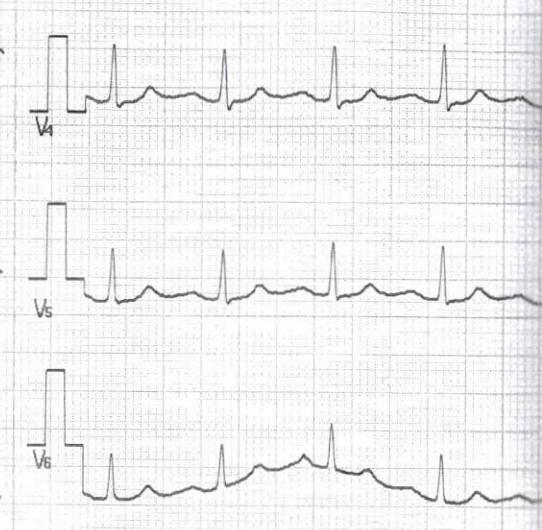
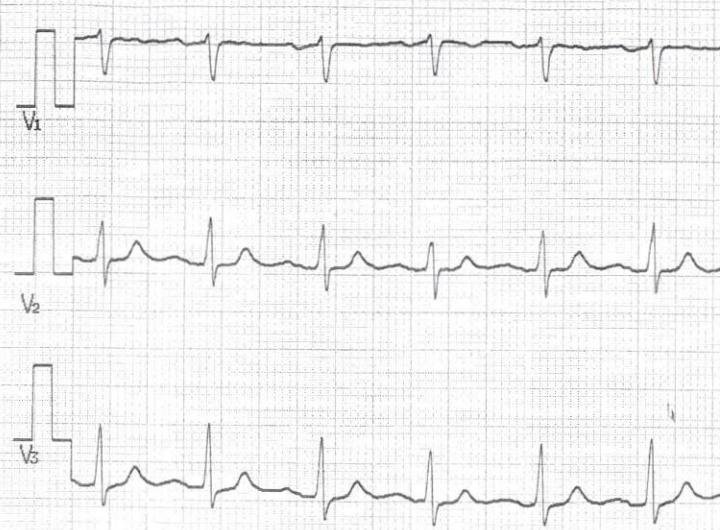
DR. FOUAD BENNANI

Tél. : 05 22 58 30 15
Gsm : 06 50 79 78 12

19/11/ 1 14:37 1.6s FC=101
35/50Hz 10mm/mU 25mm/s

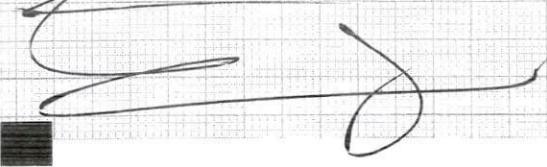
19/11/ 1 14:37 1.6s FC=100
35/50Hz 10mm/mU 25mm/s

19/11/ 1 14:37 1.6s FC=100
35/50Hz 10mm/mU 25mm/s

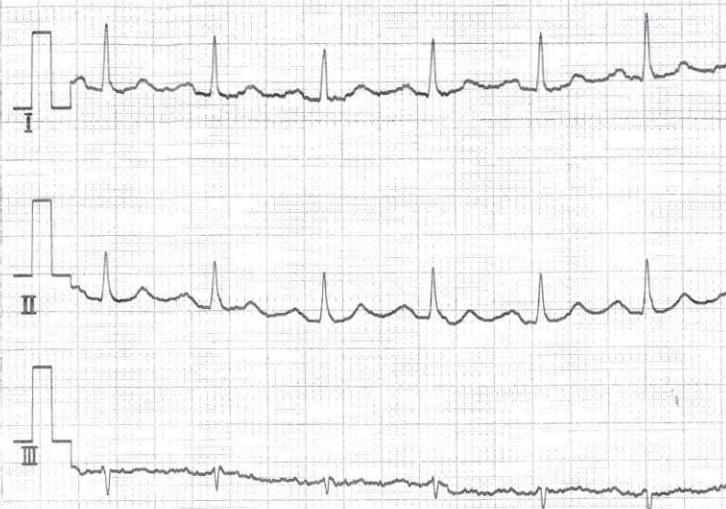


TC. 30
AB. Tr. M
raport

Dr. Fouad BENNANI
CARDIOLOGUE
136, Imm. Faïd Rte. Bouskoura Sidi Maârouf II
Tel 05 22 58 30 15 - GSM 06 61 15 98 81



19/11/1 14:37 1.6s FC=102
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



19/11/1 14:37 1.6s FC=100
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s

