

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ééducation :

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.

ntaire :

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 : 2611

Société : U7395

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEKKALI Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/10/2020

Nom et prénom du malade : M - CHARRABI NAIMA ep BEKKALI Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : I. Cardiologue, hypertension artérielle, maladie de l'œil

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

Signature de l'adhérent(e) : NB

Le : 13/11/2020

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/10/2020 | C | 2 | against | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|---|-------------|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Docteur SOUALY M. Cardiologue Institut d'Assomption 94000 Villejuif 100, Chemin de la Haute Route - excellence - Tél : 0322 81 34 38 |
|---|-------------|---|

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

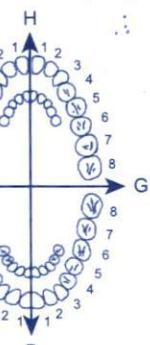
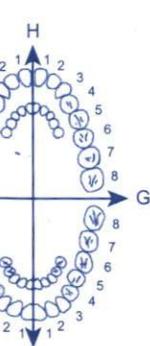
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 d'explorations.

| 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 | | | |
|  | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | B 35533411 11433553 | Coefficient des travaux |
| | [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

Docteur M. SOUALY

Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Paris



الدكتورة م. اسوانى

الطب الكندي

خريجة جامعة باريس

Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort

Casablanca, le

14110122

$H \rightarrow b\bar{H} A R N A B I$ MAI HA E_V BEKKALU

Doubt & Start diagonals + 1 vs

DecembeR 2013 D'Almeida

Ein d'lfant (Erg + End Nag)

الدكتورة اسواли - M.
Docteur SOUALY, M.
Cardiologue

Sur Rendez-vous

بالمُوعد

**Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B
N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 91 31 38**



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

Casablanca, le 15 Octobre 2020

Mme GHERRABI Naima

FACTURE N 1417/2020

| Date | Désignation | QT | Montant |
|------------|------------------|----|---------|
| 15/10/2020 | Epreuve d'effort | 1 | 0,00 |
| | | | 650,00 |
| | | | 0,00 |
| | | | 0,00 |
| | | | 0,00 |
| | | | 0,00 |
| | | | 0,00 |
| | | | 650,00 |

Arrêtée la présent facture à la somme de :
Six cent cinquante dirhams (650,00 dhs)

Dr. ALLAOUI Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France Ville - Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 93 25

20, Rue de France Ville - Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25
CLINIQUE CASA - OASIS

| | | |
|--------------------------|--|--------------------------------|
| ID: | 2ème ID: | ID Admission: |
| DDN: Age: 67 Ans | Taille: 157 Cm Poids: 54 Kg | Sexe: Homme Ethnie: Inconnu |
| Indications | Médications | |
| Médecin traitant: | Site: | Type de Procédur |
| Signé par: Opérateur: | FMT: 130 bpm 85% Max HR(%MPHR): 137 bpm 89 | Cause de fin: Symptôme: |
| Diagnostic | Notes | |
| Conclusions | EE sur tapis roulant, selon le protocole de Bruce, menée au 5ème palier, à 90% de la FMT : absence de douleur thoracique, présence de sous-décalage significatif de ST, absence d'arythmie, absence de troubles de la conduction. profil tensionnel élevé, excellente performance physique. Au total: EE maquillée maximale négative cliniquement, positive électriquement | |

Revu par:

RAPPORT NON CONFIRME

Signé par:

Date:

Dr ALLAOUI Mohamed
Cardiologue
20, Rue de France Vélizy-Villacoublay - Casa-Oasis
Tél: 01 39 07 40 55 / 06 22 98 83 25