

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être délicatement 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 canalaire, 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 canalaire.

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 : 10512 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

S.A.BOUR

AZIZ

Date de naissance :

29.06.1959

Adresse :

Rue 22 N° 12 OR EF ELOUFA

Tél. :

06 56 00 58 56

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



138041

Date de consultation : 03 SEPT / 2022

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

OMA DR. HOUARI Chaymaa

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

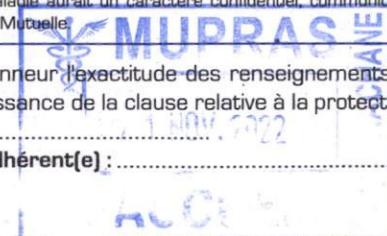
Lotissement EL Oulta, Bd Oued Oum Rabii
G/P N° 37 1er étage - Casablanca
Tél. 05 22 90 64 47 - Fax 05 22 30 65 7

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 : 1 NOV. 2022

Le :

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
05 SEP 2022	CS 120	2	2500	DR. LOUKKOS YOUSSEF BELAYACH L'ASSOCIATION DENTALOLOGIQUE G/F N° 37 1er étage - Casablanca Tél: 05 22 90 64 47 - Fax: 05 22 90 64 77

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LOUKKOS SARL YOUSSEF BELAYACH 125-127 Bd Ziz Oulja Casablanca Tél / Fax: 05 22 90 51 07	5/9/22	6060,80

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
				<input type="text"/>

**ECG, HOLTERS : TENSIONNEL ET RYTHMIQUE,
ECHO-DOPPLER CARDIAQUE ET VASCULAIRE, ADULTES ET ENFANTS**

تخطيط القلب - فحص بالصدى للقلب وتشخيص الأوعية بالدبلير. تسجيل الضغط الدموي والقلب 24 ساعة - اختباراتها

الدكتورة شيماء هواري

Dr Chaymaa HOUARI

اختصاصية في أمراض القلب لدى الكبار والصغار

Médecin Spécialiste en Maladies Cardiovasculaires

Lauréate de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Diplômée en Echodoppler Cardiaque de l'Université Bordeaux - Segalen

Diplômée en Cardiologie Pédiatrique de l'Université Paris Descartes

Diplômée en Exploration Vasculaire non Invasive de l'Université Paris Sud

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris - France



05 SEPT 2022

Mme RIHANI EL ANDALOUSSI MINA

- 1) COPLAVIX 75MG/100MG, Comprimé : 0 - 1 - 0 x 3 mois 270 x 3 → ~~261x3~~ 261x3 + 262 = 67,80
- 2) TAHOR 80 mg, Comprimé : 0 - 0 - 1 x 3 mois → ~~66,80~~ 66,80
- 3) CORALAN 5 mg , Comprimé pelliculé : 1 - 0 - 1 x 3 mois 44,8 x 3 + 262 = 67,80
- 4) BIPROL POLYMEDIC 10 mg Comprimé pelliculé sécable : 1/4 - 0 - 0 x 3 mois 137,20
- 5) ALDACTONE 50 MG, Comprimé : 0 - 0 - 1/2 x 3 mois → ~~137,20~~ 137,20
- 6) VASTAREL 35 MG, Comprimé pelliculé à libération modifiée : 1 - 0 - 1 x 1 mois 137,20
- 7) UPERARIO 50MG: 1 - 0 - 1 x 3 mois 405 x 6 = 2430 → ~~2430~~ 2430
- 8) LASILIX 40 mg , Comprimé : 1/2 - 0 - 0 x 3 mois 34,60 x 2 = 69,20 → ~~69,20~~ 69,20

Dr. HOUARI Chaymaa
CARDIOLOGUE
Lotissement EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii
G/P N° 37 1er étage - Casablanca
Tél. 05 22 90 65 78

Dr. HOUARI Chaymaa
CARDIOLOGUE
Lotissement EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii
G/P N° 37 1er étage - Casablanca
Tél. 05 22 90 64 47 Fax 05 22 90 65 78

PHARMACIE KARIMLAB
120, 121 Bd Oued Ziz Oulfa
Tél / Fax: 05 22 90 5

Dr. HOUARI Chaymaa
CARDIOLOGUE
Lotissement EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii
G/P N° 37 1er étage - Casablanca
Tél. 05 22 90 64 47 Fax 05 22 90 65 78

INP: 091204834

حي الولفة - شارع أم الربع - قرب "مختر كريم لاب" رقم 37 الطابق الأول الدار البيضاء

Lot. EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii en face du Laboratoire "KARIMLAB" G/P N° 37, 1^{er} étage Casablanca

Email : centrecardiohouari@gmail.com

