

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-729637

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 6875

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAOUZ MUSTAPHA

Date de naissance : 22 MAI 1966

Adresse : Al. William. MM. 12. 1987. 05. Ec. OULFA. EAT

Tél. : 06.61.42.92.39

Total des frais engagés :

299900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

01 Sept 2023
DR. HOUARI CHAABANI
CARDIOLOGUE
L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DE MAROC
G.P.N.37, 1er étage, Bd Oued Oum Rabat
Tél. : 05 22 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : RAOUZ MUSTAPHA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

Le : 11/09/2023

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-729637

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 6875

Nom de l'adhérent(e) : RAOUZ MUSTAPHA

Total des frais engagés : 299900 Dhs

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
01 Sept 2023	CS + ECG	300	10921.00	INP : INPE-091204834 CARBOLIQUE CHAMMEE L'ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE 0522906578 - Tél. 0522906578 - Fax. 0522906578 Casablanca, Bd Oum Rabi 1, Casablanca, BP 10000, Casablanca, Maroc

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE-091204834	01/09/23	10921.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/09/23	10	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

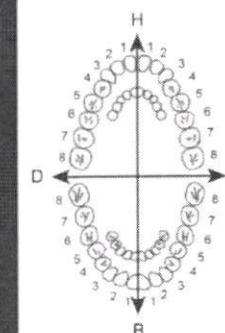
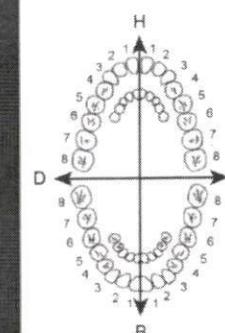
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES :
ECG, HOLTERS : TENSIONNEL ET RYTHMIQUE,
ECHO-DOPPLER CARDIAQUE ET VASCULAIRE, ADULTES ET ENFANTS**

تخطيط القلب - فحص بالصدى للقلب وتشخيص الأوعية بالدوبليير - تسجيل الضغط الدموي والقلب 24 ساعة - اختبار الجهد

الدكتورة شيماء هواري

Dr Chaymaa HOUARI

مختصرات في أمراض القلب لدى الكبار والصغار

Médecin Spécialiste en Maladies Car

Lauréate de la faculté de Médecine et de Pharm

Diplômée en Echodoppler Cardiaque de l'Université

Diplômée en Cardiologie Pédiatrique de l'Université Paris Descartes

Diplômée en Exploration Vasculaire non Invasive d

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris

Mr MUSTAPHA RAOUZ

(1) SEPT 2023

294,00²³) COVERAM 10 MG / 10 MG, Comprimé : 1 - 0 - 0 x 3 mois

2) REXABAN 20 MG, Comprimé : 0 - 0 - 1 x 3 mois

340,000^a3

Dr. HOUARI CHAIBI
CARDIOLOGUE
L'Institut El Goula, Bd Dueauville
GP N°97, 1er étage - Casablanca
Tél. : 05 22 90 65 78
Fax : 05 22 90 64 47

DR. HOUARI Chayma
CARDIOLOGUE
Bd Oued Oum Rak
Casablanca 22 90 68

مذكرة حسی الونام

PHARMACIE HAYEL WIA

252 BD OUED SEBOU OULFA
CASABLANCA

CASA - TÉL 05 22 91 17

INPE 092030949

A blue ink sketch of a stylized heart shape containing the text "DR. HOUARI Chayma CARDIOLOGUE" and "Casablanca Bd Oued Oum Raabi 8 Casablanca 206578". The sketch includes a small caduceus symbol on the left side.

370,00

370,00

370,00

INP : 091204834

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

Tél. : 0522 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78 - Email : centrecardiohouari@gmail.com