

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

M23-014838

778391

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3053

Société :

Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MIR Zakaria

Date de naissance :

Adresse : Résidence Karim 2 Rue Albert Sennar
Hst N° 76 Naf Fleuri Maarij casa.
Tél. 0618856824 Total des frais engagés : 0hs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ZOHEIR Fatima
CARDIOLOGUE
230, Bd Brahim Roudani
Casablanca

Date de consultation :

05/10/2023

Age : 59

Nom et prénom du malade :

SAMIR Khadija

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC

Pathologie :

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 : CHSA

Le : 10/10/23

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
05/05/23	S	300 DM		DI ZOHEIR FAYE CARDIOLOGUE 220, Bd Brahim Roudani Casablanca

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAABOUDI Service	11/05/23	276,10
77, Rue Al Bachir Laabi Plateaux Casablanca	10/05/23	75,00
Tel: 0522 25 96 06 - CE: 001513239000012	23	

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
		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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D 00000000 B 00000000 00000000 35533411	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

14011081



Dr ZOHEIR Fatima

ue



الدكتورة زهير فاطمة

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

Diplômée de la faculté de Lyon

chée de l'hôpital cardiologique de Lyon- Ex chef de service de cardiologie à la CNSS

Membre de la société française de cardiologie

Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Casablanca le 5/10/2023.

m^e SARGIR khalidje

14011124



98/10/22. 1/ Cosyrel 5/10.
ampli matin



79,90

2) Matrixam 5/15
up. soir



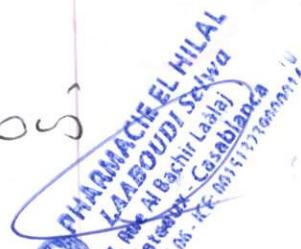
14011081



926,10

3) Crestor 10mg.
up matin

II le 3 mois



Dr ZOHEIR Fatima
CARDIOLOGUE
230, Bd Brahim Roudani
Madrif - Casablanca

230, شارع ابراهيم روداني طريق الجديدة - المعاريف - الدار البيضاء
Boulevard Brahim Roudani EX Route d'El jadida, Maârif - Casablanca

Tél.: 05 22 25 21 81

PHARMACIE EL HILAL

77, Rue Francois Ponsard CASABLANCA

Mme Laaboudi Mazouz Selwa DOCTEUR EN PHARMACIE

CNSG:2013358 R.C:295391 PATENTE:34753673 I.F:144B1405 TEL:05 22 25.96.06 FAX:05 22 98.89.87 ICE:001513239000014 INPE:92024256

F A C T U R E

Client..... MME SAMIR KHADIJA

ICE.....

Date..... 09/10/2023

FACTURE N°: 10

! QUANTITE!	DESIGNATION	! PPV	! MONTANT	! TVA!
1	LEVOPHTA	75.00	75.00	7
DON T.V.A: 7 %	4.91			
DON T.V.A: 20 %	0.00			
TOTAL T.V.A	4.91			
		TOTAL	75.00	
			TOTAL NET:	75.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:

SOIXANTE- QUINZE Dirhams 00 Centimes

