

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 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.

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° W21-729641

188166

EDS 99150

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

6875

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RAOUZ MUSTAPHA

Date de naissance :

22 JAN 1966

Adresse :

RES. EL MHAMID IMME 12 APP 5 EL OULEMA

Tél. :

06.61.42.92.39

Total des frais engagés :

22.92 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation :

07 Dec 2023 RAOUZ MUSTAPHA

Age :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

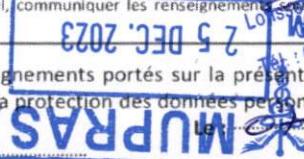
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel et 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) :



25 DEC 2023

121-23

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية حي الواد ARMAGIE HAY EL WIAM OULED SEBOL OULFA 25 22 91 17 31 220949	11.12.2023	1992,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		ESCA 9340	50

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

RÉLEVE 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 : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

PROTECTED BENTHENE		UNPROTECTED	
		H	
		25533412	21433552
		00000000	00000000
D		00000000	00000000
		35533411	11433553
			R

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a circular DNA molecule with 12 numbered segments (1-12) arranged in a clockwise direction. Four arrows indicate orientation: H (top), D (left), V (bottom), and B (right).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة شيماء هواري

Dr Chaymaa HOUARI

اختصاصية في أمراض القلب لدى الكبار و الصغار

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

Diplômée en Exploration Vasculaire non Invasive

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris

294,00

07 DEC 2023

294,00

294,00

Mr MUSTAPHA RAOUZ

294,00 x 3

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

R.S

R.S

R.S

R.S

R.S

370,00 x 3

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

R.S

R.S

R.S

3) ZYRTEC 10 mg , Comprimé pelliculé sécable : 0 - 0 - 1 x 15 jours

4) EXTRAVIT CP : 1 - 0 - 0 x 3mois

1092,00

PHARMACIE
252 BD OUF
CASA - INDr HOUARI Chaymaa
CARDIOLOGIE
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

صيـلـيـة

WIAM

OULFA

370,00

370,00

370,00

INP : 091204834

حي الولفة - شارع أم الريحان - قرب "مختبر 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
https://medocapp.ma/doc/chaymaa_houari/printprint.php?ld=18535

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