

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

- 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.

M23-0018802

Maladie

Dentaire

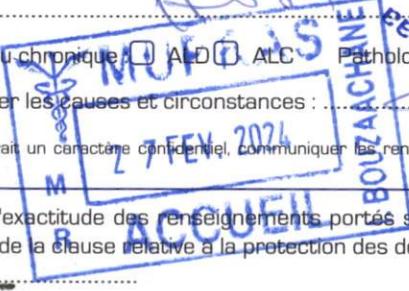
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	3339	Société :	RAN
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	196588
Nom & Prénom :		EL MOUHAFFID ABOELLAZIZ	
Date de naissance :		16/03/1958	
Adresse :		41 Lot ESSAFA ZOUBIR ECOULFA CASABLANCA	
Tél. :		0664042549	Total des frais engagés : 1.409,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	14 Fevr 2024		
Nom et prénom du malade :	EL MOUHAFFID ABOELLAZIZ		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :	Casablanca		
Signature de l'adhérent[e] :			
Le :	21/02/2024		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cache et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
4 FEV 2024	CS	ECC	300.00	CARAIDIOL CHAYMEE GSP N°37 TEL 613090644147 - ASSOCIATION EL OUDI, BD OUDI OUEDOUN RABAT 10522 CASABLANCA MARRAKECH 44147 MARRAKECH 44147

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	du.02.24	1109.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS D'

269.00

26910

COEFFICIENT DES TRAVAUX

269₁ 00

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFF. MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

CONTIFLO® 1D

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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

نخطيط القلب - فحص بالصدى للفلب و تشخيص الأوعية بالدوبليير - تسجيل الضغط الدموي و القلب 24 ساعة - اختبار الجهد

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 Paris Descartes

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

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris - France



14 FEV 2024

Mr ABDELLATIF ELMOUHAFID

(269,00 x 3)

807,00

193,10

109,70

~~1509,80~~

1) COVERAM 10 MG / 5 MG, Comprimé : 1 - 0 - 0 x 3mois



2) CONTIFLO OD 0.4 MG, Gélule : 0 - 0 - 1 x 3mois



3) NEBILET 5 MG, Comprimé: 1/4 - 0 - 1/4 x 3mois



Dr. HOUARI Chaymaa
CARDIOLOGUE
Assessment EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabhi
Tél. 05 22 90 65 78 - Tel. 05 22 90 64 77 - Fax. 05 22 90 65 78

INP : 091204834

حي الولفة - شارع أم الريـع - قرب "مختبر كريم لاب" رقم 37 الطابق الأول الدار البيضاء

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

<https://medocapp.ma/> Tel. 05 22 90 64 77 / Fax. 05 22 90 65 78 - Email : centrecardiohouari@gmail.com

