

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Sous-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.

Biologie 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.

Education :

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.

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

Matricule : **3339**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL MOUHAFFED**

Date de naissance : **16/03/1958**

Adresse : **Lot 41 App 2 ESSAFA ZARBIK EL OULFI
CASA BLANCA**

Tél. : **0664042549** Total des frais engagés : **636,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **22 SEPT 2020**

Nom et prénom du malade : **EL MOUHAFFED ABDELGHAFAS**

Age : **62 ans**

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 : **CASA BLANCA**

Le : **19/10/2020**

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
22/09/2020	Actes	1	250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/09/20	386,70

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien exécute l'acte pratiqué en indiquant le	Important : Veuillez joindre	l'acte pratiqué en indiquant le
6 118001130276	COSYREL 5mg/10mg	6 118001130276
30 comprimés pelliculés sécables	O	30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH		PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca		Servier Maroc - Casablanca

COEFFICIENT DES TRAVAUX

30,10 30,80 30,10
PPV PER LOT 30DH10 10/21 12407
PPV PER LOT 30DH30 10/21 12407
PPV PER LOT 30DH10 10/21 12407

DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est

Important :

Veuillez joindre

SOINS DENTAIRES

MXGSD061



6118001130276
COSYREL 5mg/10mg - O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca

MXGSD061



6118001130276
COSYREL 5mg/10mg - O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca



6118001130276
COSYREL 5mg/10mg - O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca

ODF.

COEFFICIENT DES TRAVAUX

30,10

PPV 300DH10
PER 10/21
LOT 12407

30,80

PPV 300DH10
PER 10/21
LOT 12407

30,10

PPV 300DH10
PER 10/21
LOT 12407

DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

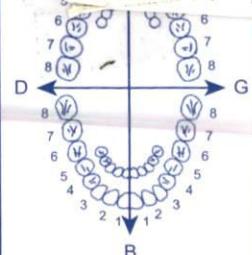
FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

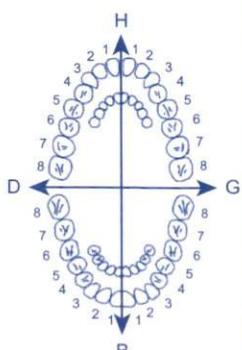
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 | 21433552

00000000 | 00000000

00000000 | 00000000

35533411 | 11433553

B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 المجهد

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



12 2 SEPT 2020

22 SEPT 2020

Mr ABDELLATIF ELMOUHAFID

98,110 x 3

1) COSYREL 5/10: 1 - 0 - 0 x 3 mois

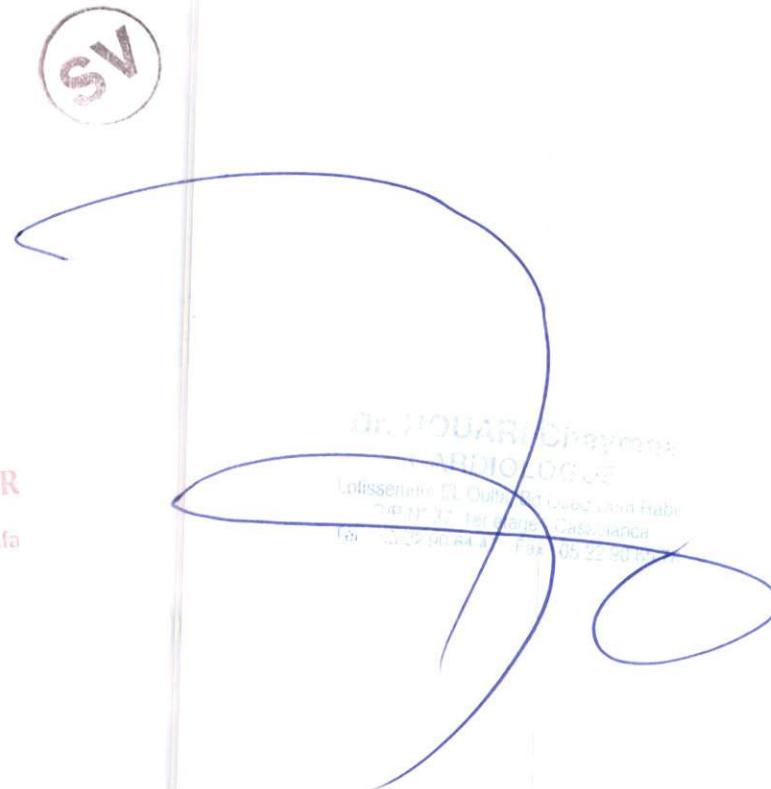


2) ZYDEX 1.5MG COMPRIME: 0 - 0 - 1 x 3 mois

30,80 x 3

386,70

PHARMACIE DATTIER
Tazi Nair
149 B, Lot. Haj Fathia 5, Lissasfa
Casablanca
Gsm : 06 61 07 53 12

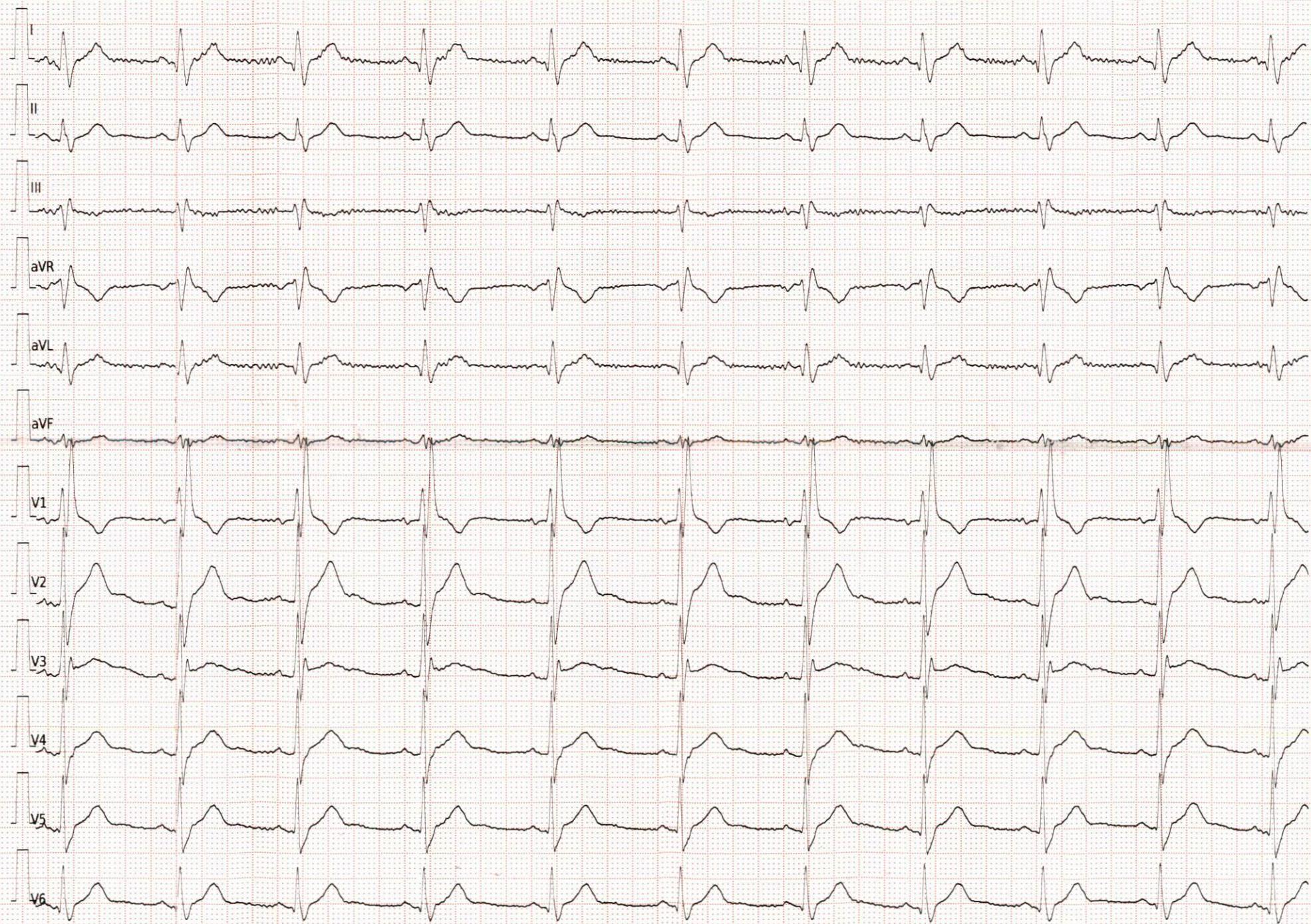


INP : 091204834

حي الولفة - شارع أم الربيع - 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
Tél. : 0522 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78 - Email : centrecardiohouari@gmail.com

Elmouhafid, Abdellatif Id.Pat :

Données : 22/09/2020 12:55:52 64 bpm



Dép. :

25mm/s 10mm/mV 0.05-25Hz/50Hz Cardioline ECG200S v.2.01.5558