

# COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## die 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

déclaration : contact@mupras.com  
mise en charge : pec@mupras.com  
adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

S : 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° M21- 067267

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 9A Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KATIM HASSANIA

Date de naissance : 15/11

Adresse : OULEFA CASABLANCA

Tél. : 06 05 61 15 Total des frais engagés : 3052,15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. CARMOLOGUE

Date de consultation : 04/01/2022

Nom et prénom du malade : KATIM HASSANIA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : embolie pulmonaire

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 Le : 04/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ 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
04/01/2022	CS, A, E, C, G	250,00		

Dr. HOUDY Chayma  
CARDIOLOGUE  
L'enseignant EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii  
G/P N° 37 1er étage - Casablanca  
Tel. 05 22 90 64 47 - Fax 05 22 90 63 78

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

04/04/22

305,210

# 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

AM

PC

IM

IV

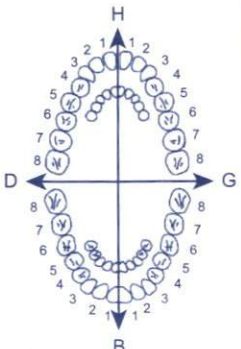
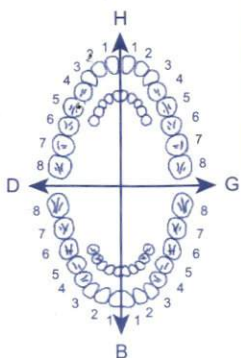
Montant détaillé  
des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'E



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

تخطيط القلب - فحص بالصدى للقلب وتشخيص الأوعية بالدوبلير - تسجيل الضغط الدموي و القلب 24 ساعة - اختبار الجهد

**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

04 JAN 2022

**Mme HASSANIA KATIM**

- 370 x 4  
87.5 x 1  
14.5 x 9  
24.5 x 2  
6.8 x 2  
76.7 x 5
- 1) REXABAN 20MG: 0 - 0 - 0 x 3mois
  - 2) NEBILET 5 MG, Comprimé: 1/4 - 0 - 1/4 x 3mois
  - 3) CURAFLEX SACHET : 1 - 0 - 1 x 3mois
  - 4) LEVOTHYROX 100 µg, Comprimé sécable : 1 - 0 - 0 x 3mois
  - 5) LEVOTHYROX 25 µg, Comprimé sécable : 1/2 - 0 - 0 x 3mois
  - 6) FILMOGEL URGO APHTE: 1 - 1 - 1 x 15 jours

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

**Dr. HOUARI Chaymaa**  
**CARDIOLOGUE**  
L.issement EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii  
G. 1er étage - Casablanca  
T. 05 22 90 64 47 - Fax 05 22 90 65 78

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<sup>er</sup> étage Casablanca  
T. 05 22 90 65 78 - Email : centrecardiohouari@gmail.com

# CURAFLEX<sup>®</sup>

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



Lot :

UT506

A consommer de  
préférence avant le :

09/2024

PPC : 149,50 DH

# CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



Lot :

UT506

A consommer de  
préférence avant le :

09/2024

PPC : 149,50 DH

# CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



Lot :

UT506

A consommer de  
préférence avant le :

09/2024

PPC : 149,50 DH

# CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



Lot :

UT506

A consommer de  
préférence avant le :

09/2024

PPC : 149,50 DH

# CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



Lot :

UT506

A consommer de  
préférence avant le :

09/2024

PPC : 149,50 DH



# CURAFLEX<sup>®</sup>

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



Lot :

UT506

A consommer de  
préférence avant le :

09/2024

PPC : 149,50 DH

# CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



Lot :

UT506

A consommer de  
préférence avant le :

09/2024

PPC : 149,50 DH

# CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



Lot :

UT506

A consommer de  
préférence avant le :

09/2024

PPC : 149,50 DH



# CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



Lot :

UT506

A consommer de  
préférence avant le :

09/2024

PPC : 149,50 DH



Katim, Hassania I.I.Pat : Données : 04/01/2022 15:14:26 80 bpm

