

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-701019

115782

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	04921	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		ASWANE Mohamed	
Date de naissance :		1959	
Adresse :		17 bed les 2818 au 20 Hay Ennour BENI ECH ID	
Tél. :		06 68 44 87 05	Total des frais engagés : 504,80 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>HOUARI Chaymaa CARDIOLOGUE ...otissement EL Oulta, Bd Oued Oum Rabii CIP N° 37, 1er Etage - Casablanca tél. : 05 22 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78</p>	<p>Cachet du médecin :</p> <p>HOUARI Chaymaa CARDIOLOGUE ...otissement EL Oulta, Bd Oued Oum Rabii CIP N° 37, 1er Etage - Casablanca tél. : 05 22 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78</p>
Date de consultation :	25/03/2022
Nom et prénom du malade :	ZIAIT FAZIMA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Comjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	27 modérée
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) : *E. El Akl*

Le : 18/03/2022

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
25.10.2022	C S 4 E CG	24000	25.10.2022	INSTITUT MEDICAL OUD OUM RABII Boulevard Hassan II Casablanca Fax : 05 22 30 65 78

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de MEDIU Dr. JAIY DEMAS 186 Rue de Madrid 13105 MARSEILLE INPE: 0522	25/04/92	254,90 DH

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____												
<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>B</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000		00000000	D	35533411	11433553			B	MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552													
	00000000		00000000													
	D	35533411	11433553													
			B													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

LOT: 200872
PER: 01/2024
PRC: 79,90 DH

Composition, indications et posologie:
Voir notice à l'intérieur.
A conserver entre 15 et 30°C.
Ne pas laisser à la portée des enfants.

A demander l'avis du médecin ou du pharmacien ou de consulter un médecin en cas de problème lié à l'utilisation du produit.

**Composition, indications et
dosologie:**
Il faut porter une attention particulière à l'intérieur.
Il convient de conserver entre 15 et 30 °C.
Il ne faut pas laisser à la portée des enfants.
Il faut éviter d'effectuer une toilette lactosé, demander l'aide du médecin ou de l'infirmier ou du pharmacien ou de consulter un médecin en cas de problème pour éviter tout accident.

OPRATIONS CARDIO-VASCULAIRES : NNE ET RYTHMIQUE, SCULAIRE, ADULTES ET ENFANTS

الدكتورة شيماء هواري

Dr Chaymaa HOUARI

اختصاصية في أمراض القلب لدى الكبار و الصغار

ecin Spécialiste en Maladies Cardiovasculaires

ite de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
en Echodoppler Cardiaque de l'Université Bordeaux - Segalen
ée en Cardiologie Pédiatrique de l'Université Paris Descartes

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris - France

25 MARS 2022

Mme FATIMA ZIAT

87,50

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

2) FORCAR CP : 1 - 0 - 1 x 3mois

60x21 f (2mm)

۷۹، ۸۰

25490
)

Pharmacie de MEDINE
Yasmine-Berrechid
N°86 Rue de MEDINE 71333
Tél: 03 85 22 33 77
INPE: 662 320771

~~Dr. HOUARI Chaymaa
CARDIOLOGUE
.olissement EL Oule, BU Oued Oun. Rabii
G.P N° 37, 1er etage - Casablanca
é. 05 22 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78~~

10

INR : 001304834

حي الولفة - شارع أم الريـع - 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 : 05 22 90 65 78 - Fax : 05 22 90 65 78 - Email : centrecardiohouari@gmail.com