

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° W21-729649

AS0957
ES001427 ES

Optique

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

6875

Société :

R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RAOUZ MUSTAPHA

Date de naissance :

22 Janvier 1966

Adresse :

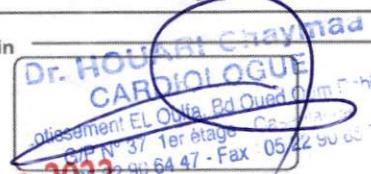
Al Mriam imm 12 APP 05 El Oulfa
Casablanca

Tél. :

06.61.42.99.39 Total des frais engagés 22.92, DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



23 Fevr 2023

RAOUZ MUSTAPHA

Age:

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/02/2023

Signature : RAOUZ MUSTAPHA

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
Fevr 2023	CG 3 + ECG 300	50	DR. MOUAHID CARNIOLOGUE Olliissen 100 El Oued Oued Oum Rhibi GP N° 37 1er étage Casablanca 00 91 64 47 Fax 05 22 90 65 7	CHAYMA LZO4854

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/02/23	199,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		EURE 70% CS	

AUXILIAIRES MEDICAUX

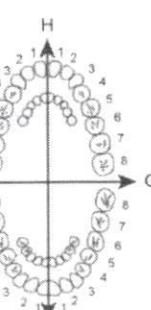
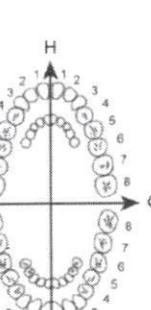
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canalaires, 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"/>														
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <td>B</td> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	<hr/>																	
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	<hr/>																	

 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

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

تخطيط القلب - فحص بالصدى للقلب وتشخيص الأوعية بالدوببلر - تسجيل الضغط الدموي والقلب 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 Hassan II Casablanca

Diplômée en Cardiologie Pédiatrique de l'Université Hassan II Casablanca

Diplômée en Exploration Vasculaire non Invasive de l'Université Hassan II Casablanca

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris

294 DHS



Mr MUSTAPHA RAOUZ

294,00 x 3) COVERAM 10 MG / 10 MG, Comprimé : 1 - 0 - 0 x 3 mois



294 DHS

294 DHS

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



370 x 3

 $\bar{t} = 1082,50$

صيدلية حي الولف
PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASABLANCA Tel: 05 22 91 17 31
INPE: 092030949

Dr. HOUARI Chaymaa
CARDIOLOGUELotissement: EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii
G/P N° 37, 1er étage - Casablanca
Tél. 05 22 90 64 47 - Fax 05 22 90 65 7

370 DHS

370 DHS

370 DHS

INP : 091204834

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