

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.
Réduire :

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 traitement.

Maladie et Affection Longue Durée AID 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 caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue M.
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45



Déclaration de Maladie

Nº W21-729639

adie

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	ESOS	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)				
Matricule : 6875	Société : R.A.M.			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>RAOUZ MUSTAPHA</i>	
Nom & Prénom :				
Date de naissance : 29 JAN 06				
Adresse : AL WIRAN 1MN 12 APP5 EL OULFA				
Tél. : 06 61 42 92 39 Total des frais engagés : 23 764,50 Dhs				

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 02 Juin 2023	
Date de consultation :
Nom et prénom du malade :	RAOUZ MUSTAPHA Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un cachet confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	



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
02 Juin 2023	CS + ECG	300	4854	INP : 092030945

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YOUSSEF LOUFI 252 BD OUED Z 17 CASA - Tél 05 22 51 17 INPE 092030945	21/06/23	2076,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		250	50

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
00000000	00000000
D	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

INP : 092030945 - Date : 22/06/2023 - Lieu : Casablanca - Maroc

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 للفلب وتشخيص الأوعية بالدوليبر - تسجيل الضغط الدموي والقلب 24 ساعة - اختبار الجهد



الدكتورة شيماء هواري

Dr Chaymaa HOUARI

الخصائص في أمراض القلب لدى الكبار والصغار

Médecin Spécialiste en Maladies Cardiaques

Lauréate de la faculté de Médecine et de Pharm

Diplômée en Echodoppler Cardiaque de l'Université Bordeaux - Formation

Diplômée en Cardiologie Pédiatrique de l'Unive

Diplômée en Exploration Vasculaire non Invasive d

Ancien Médecin des Hôpitaux de Par

10 2 JUIN 2

Mr MUSTAPHA RAOUZ

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

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

84,50 3) neovimag plus : 1 - 0 - 1 x 1mois

4) D3NORM GOUTTES : 5 - 0 - 0 x 3mois

صيدلية حي الونامد PHARMACIE HAY EL WIAM
2076, 55 CHEM. SIDI BOU LLAFA

CARDIOLOGUE
Dr. Charymaa
Bd Outra 10
97370 G/P
Tél. 05 22 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78

370,00

330,00

370,000

**NEOVIMAG®
PLUS**

Lot :
À consommer de
préférence avant le :
PPC : 84.50 DH

INP : 091204834

Lot. EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii en face du Laboratoire " KABIMI AB" G/P N° 27, 1^{er} étage Casablanca

Tél. : 0522 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78 - Email : centrecardiohouari@gmail.com