

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

- 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.

N° W21-803443

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 18051

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KATIM HASSANIA Age :

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 : 10/08/2023

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
26/10/2019	93 CS	1	ECG 3000	INP : 051834754 INN : 051834754 Date : 27/10/2019 Fax : 05 22 30 00 00 Centre de Santé : 18, rue de la République 63000 Clermont-Ferrand Dr. HOUARI CHIHEB

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LOUKKOS SARL YOUNES BELAYACHI 25 127 Bd Oued Ziz Oujda-Casablanca Tél. Fax: 05 22 90 51 07	26.10.51 2023	1058,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

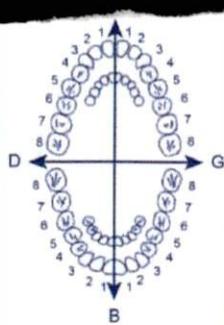
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

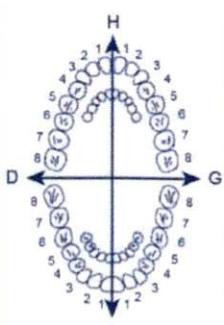


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

الدكتورة شيماء هواري

Dr Chaymaa HOUARI

اختصاصية في أمراض القلب لدى الكبار والصغار

Médecin Spécialiste en Maladies Cardiovasculaires

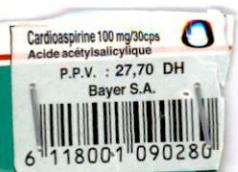
Lauréate de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Diplômée en Echocardiographie 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



Lot: 220644
A consommer avant le: 09/2025
PPC: 89,50 DH



Mme HASSANIA KATIM

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

PHARMACIE LOUKKOS SARL
YOUNES BELAYACHI
125, 127 Bd Oued Ziz Oulfa-Casablanca
Tél. Fax: 05 22 90 51 07

2) LEVOTHYROX 100 µg, Comprimé sécable : 1 - 0 - 0 x 3mois

26,40 x 3

3) LEVOTHYROX 25 µg, Comprimé sécable : 1/2 - 0 - 0 x 3mois

6,80 x 2

4) CARDIOASPIRINE 100 MG, Comprimé : 0 - 1 - 0 x 3mois

27,70 x 3

5) CURAFLEX SACHET : 1 - 0 - 1 x 3mois 149,50

47,90

6) ALGIXENE 250 MG, Gélule : 2 - 0 - 2 x 3 jours

154,10 x 3

7) INESO 20MG : 1 - 0 - 0 x 1mois 139

139

8) Volip 10mg : 3 Noms 89,50

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

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

0862160342

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

105,8,10

INP : 091204834

حي الولفة - شارع أم الريـع - قرب "مختبر كـريم لـاب" رقم 37 الطـابق الأول

Lot. EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii en face du Laboratoire "KARIMLAB" G/P N° 37, 1^{er} étage Casablanca

https://medocapp.ma/doc_chaymaa_houari/point/point.php?id=15498

Tél: 0522 30 64 47 - FAX: 0522 90 65 78 - Email : centrecardiohouari@gmail.com

CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique Sachets



Lot : VT333

A consommer de
préférence avant le : 05/2025

PPC : 149,50 DH

CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique Sachets



Lot: VT333

A consommer de'
préférence avant le: 05/2025

C: 149,50 DH

CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique Sachets



Lot: VT333

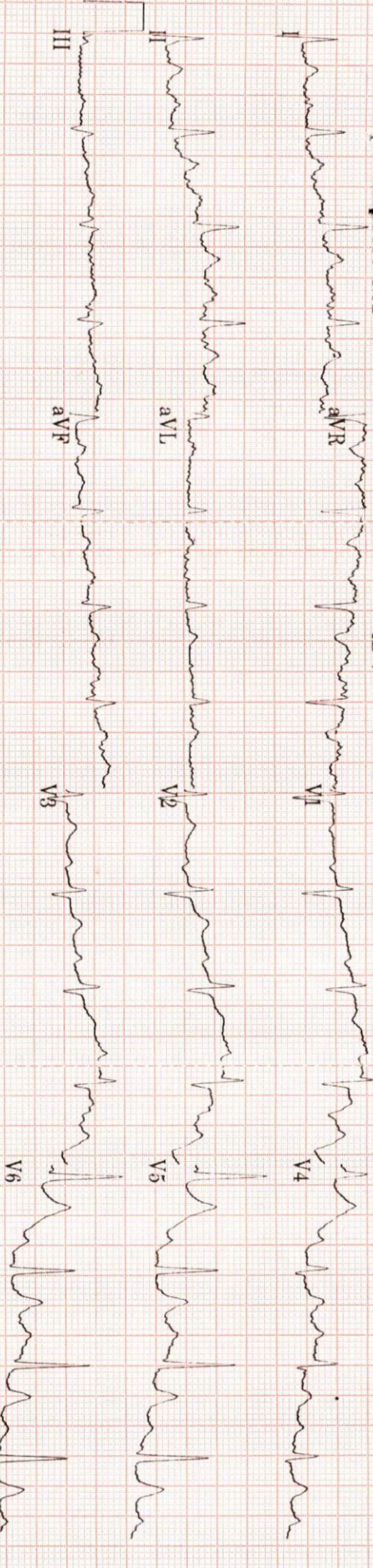
A consommer de'
préférence avant le: 05/2025

C: 149,50 DH

GE MAC600 1.02

ID :

26-mai-2023 15:12:52



ID :

Rythme sinusai avec bloc A-V du premier degré
Infarctus inférieur, date indéterminée
ECG anormal

Fréq. ventr.	95 bpm
Durée QRS	66 ms
QT/QTc	332/417 ms
Intervalle PR	214 ms
Durée P	122 ms
Intervalle RR	631 ms
Axes P-R-T	53 27 48

MAC600 1.02
12SL™ v239

MAC600 1.02

12SL™ v239