

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.

M23-0024043
MUPRAS
RECEPTION 9

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10523** Société : **RAM**
 Actif Pensionné(e) Autre : **No block**
 Nom & Prénom : **EL HAFIDI, Abdelkarim**
 Date de naissance : **1/1/81**
 Adresse : **H-182, lot EL WAFA DE Local Abenselal**
 Tél. : **0522621894** Total des frais engagés : **250 + 62180 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **24/01/2024**

Nom et prénom du malade : **EL HAFIDI SALWA** Age : **43**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Docteur Hafidi**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **7777**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **7777**

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

| 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 | |
| 24.01.24 | CS+ECG | | 250,00 | RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES DU MEDECIN DU 24.01.24 Paiement effectué par le patient | |
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | | | | |
| Cachet du Pharmacien | Date | Montant de la Facture | | | |
| INPI 06 23 de Fournisseur | 24.01.24 | 621,80 | 621,80 | 621,80 | |
| ANALYSES ET RADIOPHARIES | | | | | |
| 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 | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IM | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Dr. EL MOURID MONIA
CARDIOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
Diplômée de l'Université Paris Descartes en cardiologie pédiatrique
Diplômée en exploration du système nerveux autonome - Université

Mohamed V Rabat

Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd - Casablanca
Ancien médecin interne du CHU de Paris

Echographie doppler cardiaque et vasculaire

Echocardiographie de stress

Holter ECG / Holter Tensionnel / Epreuve d'effort

Exploration du système nerveux autonome



الدكتورة المرید منی

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

جراحة كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء

دبلوم أمراض القلب للأطفال بجامعة باريس

دبلوم لفحص الجهاز العصبي الملاياري جامعة محمد الخامس بالرباط

دبلومية داخلية سابقة بمستشفى ابن رشيد - الدار البيضاء

دبلومية داخلية سابقة بالمستشفيات الجامعية بباريس

الشخص بالصدى الصوتي للقلب والشرايين

فحص القلب بالصدى عند الجهد

تسجيل الضغط الدموي و دقات القلب على المعى الم giove - تحضير الجهد

استكشاف الجهاز العصبي الملاياري

ORDONNANCE

24 janvier 2024

Mme EL HAFIDI Salwa

99.50

1/ NEOVIMAG 375

1cp le soir

149,50

2/ CURARTI FORTE

1 cp *2/j (une fois)

47,30

3/ MALTOFER FOL

1 cp *2/j , pendant 3 Mois

89,50

4/ D3NORM

35 gouttes/ semaine pendant 3 Mois

1621,80

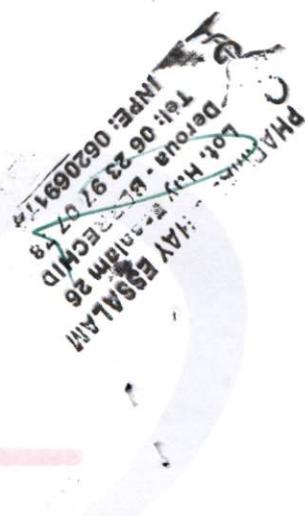
PHARMACIE HAY ESSALAM

Lot. Hay Essalam 26

Deroua - BERRECHID

Tél: 06 23 97 07 78

INPE: 062069174



تجزئة النسيم رقم 26 عمارة ديار العلوي رقم 04 الطابق الأول . الدروة

Lotissement Nassim N°26 Immeuble Diar El Alaoui Appt N°4 1er étage - Deroua

05 22 03 16 74



Urgences : 06 60 62 70 07



cabinet.drelmourid@gmail.com

PPC: 149,50 DH

CURARTI[®] forte
comprimé

Lot :
À consommer de
préférence avant le :

47,30

47,30

47,30

47,30

47,30

PPC: 99,50 DH
LOT: NG06
EXP: 12/26

NEOVI MAG[®]
375 mg

D3NORM[®]
200 UI GOUTTES BEUVABLES



8 051128 634501

Lot: 230863

A consommer
avant le: 10/2026

PPC: 89,50 DH