

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-637556

137192

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3576

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Jamal Eddine

Houcine

Date de naissance :

Naissance

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Dr. LEMBACHAR Noureddine
42, Rue Bir Anzarane
Quartier Industriel
Tél.: 0522 33 74 30 - Berrechid

Cachet du médecin :

Date de consultation :

25/10/2022
Lekhla Arefy

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfan

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'at-

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Berrechid

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. LEMBACHAR Noureddine
42, Rue Bir Anzarane
Quartier Industriel
Tél.: 0522 33 74 30 - Berrechid

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
25/10/22	DX1	150,00		INP : 16109126 Dr. LEMBACHAR Nour 42, Rue Bir Anzar Cité Industrielle Tél. 0522 33 74 30 - Beyrouth

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
EFHARTE	25/10/22	= 303.000 DTT

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552								
D	00000000	00000000								
B	35533411	11433553								
<p>Coefficient des Travaux</p>	<p>Montants des Soins</p>									
<p>Date du devis</p>	<p>Date de l'exécution</p>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Certificats de compétences :

- Gyneco obstétrique (DIU)
- Échographie générale
- Dans le traitement de la douleur

الدكتور لمبشر نور الدين
الطب العام

شهادة الكفاءة :

- طب النساء و التوليد
- الفحص بالصدى

علاوة على ذلك

Fait à Berrechid le : ٢٥٠١٢٠٢٣

Dizki Aïcha

Leptosyl 60 mg x 30

٤٦-^م Sinol 10mg x 30

٤٧-^م Perrex 10mg x 30

٤٨-^م Cetrol 10mg x 30

٤٩-^م 10mg x 30

٥٠-^م D-Eve 10mg x 15

طبيب العظام
شارع الحسن الثاني ٦٥
المسيرة ١٢٣ - بئر السبع
الهاتف : ٠٥٢٢ ٣٣٧٤٣٠
بروشيد

Dr. LEMBACHAR Nourddine
Quartier industriel
0522 33 74 30 - Berrechid

PPV: 28DH70
PER: 03/27
LOT: L946

Boehringer
Ingelheim

6 718000 370017

STIMOL[®]

Lot: 0412
PER: 08 2025
PPV: 46.00DH

حالات التعب
20 أمبولية
بدون سكر

ستيمول[®]
ملايات السبيتريولين

Lot:

Exp.

P10002677

PPV: 150.00

29,00

PPV: 56,30 DH
LOT: 21K25D
EXP: 11/2023