

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.

Nº P19-

062131

Optique

14783 ✓

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2957

Société : RAR

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HAIL Nourddine

Date de naissance :

01-07-1956

Adresse :

7ème ADRESSE

Tél. 0675684193

Total des frais engagés : 900,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/01/2023

Nom et prénom du malade : EL HAIL Nourddine Age: 67ans

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 : Béchar

Le : 25/01/2023

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
25/01/23	CS + CO		+ 250,00 +	HADRE MOUssa Cardiologue Interventionnel CAMPAGNE 11 Bd Med V 1er étage bureau N°1 BERRECHD Tél: 05 20 32 82 83 / 05 22 32 83 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie ALAFAC 1-3-5 Rue Abou Maâd BÉRÉCHID - Tel: 0522 33 64 01	25/01/23	650,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

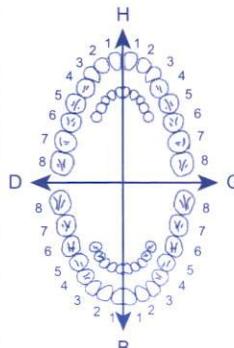
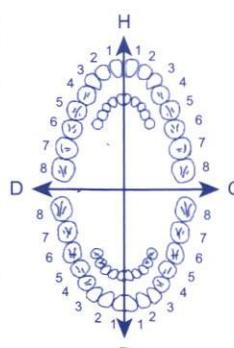
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KHADRE MOHAMED FOQUAD

Cardiologue Interventionnel

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

فخر القلب النادل

أخصائي أمراض القلب والشرايين

دكتور كلية الطب بالطب البيضاء

طبيب ساق بمستشفى الشيف خالدة بطب البيضاء

طبيب ساق بمستشفى لوشنابد بامانيا

حاصل على شهادة لفحص بالصك من جامعة بودويفرنسا

Ordonnance

Berrechid, le :

Berrechid le : **25 janvier 2023**

Mme EL HAIL NOUFRIDINE

REGIME PAUVRE EN SEL

4x 95,00
COSTARVAL 80/12.5 MG ou VALPHI PLUS 80/.12.5

1 Cp/J matin à jeu

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV : JUL 2024

LOT : 012

PER : JUL 2024

95 DH 00

012

JUL 2024

95 DH 00

012

JUL 2024

95 DH 00

012

JUL 2024

95 DH 00

ASKARDIL 160MG

1Cp/J à midi après

2x 87,50
NEBILET 5MG

1/2 Cp/J à midi

ESAC 20MG

1 gel/J le soir

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles	ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles	ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles
LOT 1606F	LOT 1606F	LOT 1606F
EXP 09/2024	EXP 04/2024	EXP 04/2024
PPV 23DH50	PPV 23DH50	PPV 23DH50
V140977/01	V140977/01	V140977/01
1000S 4	1000S 4	1000S 4

*** VIGNETTE**

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

*** VIGNETTE**

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

Traitement pendant : 3 Mois


Pharmacie ALAFAS
13-5 Rue Itta Abou Maal
BERRECHID
Tél: 05 22 83 64 01


Dr. KHADRE MOHAMED FOQUAD
Cardiologue Interventionnel
CARTE D'ORDRE
11 Bd Med V El Aejad Bureau N°1 BERRECHID
Tél. : 05 22 83 89 89 83 105 22 32 23 33