

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.

M22- 0017202

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **10062**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

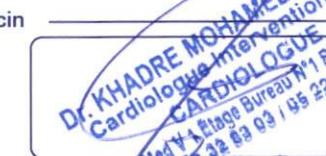
Nom & Prénom : **HIBCHY HASSAN**

Date de naissance : **1962**

Adresse : **Derouia WAF H 324**

Tél. : **06 66 33 56 97** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *HT*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALG Pathologie : *Pathologie*

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
16/01/23	CS + ECG		250,02	Dr. KHADRE MOHAMED SOUAID Cardiologue Interventionnel 11 Bd Medecin 10000 Bureau N°1 03 22 32 83 33 Tel: 06 22 32 83 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE Dr. Khadre M. SOUAID Immeuble 10000 Bureau N°1 03 22 32 83 33 INPE : 06 20 74 810	16/01/23	120,00

ANALYSES - RADIographies

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
		A	M	P	C	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A vertical axis labeled H at the top and B at the bottom is shown, along with horizontal axes labeled D on the left and G on				

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

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

قسم القلب والباطنة

للالعالى امراض القلب والشرايين

ذراع كلية الطب بالطنطاوى

طبيب سلامة مستشفى الشيف خالبة بالطنطاوى

طبيب سلامة بمنشى لوحشانيد بالمنيا

حاصل على شهادة الفحص بالصحى من جامعة بوردو بفرنسا

Ordonnance

Berrechid, le :

Berrechid le : **16 janvier 2023**

Mme EL GHALMI AICHA

REGIME PAUVRE EN SEL

112.10 x 3

BIPRETERAX 5 / 1.25MG

1Cp/J le matin à jeun

87.50 x 3

NEBILET 5MG

157.10 1/2 Cp - 0 - 1/2 Cp

154.10 x 2

NOLIP 10MG

1Cp/J le soir

53.68 x 3

DIPICOR 5MG

1 Cp/J le soir

Traitement pendant : 3 Mois

PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BEN HILLY
Imm. 94, Lot 11AIT N°4-DEROUA
Tél. 05 22 51 47 07

1220,10

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
Cardiologue Interventionnel
CARDIOLOGUE
11 Bd Mgr V 1^{er} étage Bureau N°1 BERRECHID

Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33

AFRIC-PHAR
LOT 224547 EXP 09/2024
PPV: 154DH10

AFRIC-PHAR
LOT 224547 EXP 09/2024
PPV: 154DH10

53,00

53,00

53,00

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O ■
PPV 87DH50

nebiv

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O ■
PPV 87DH50

V140977/01

V140977/01

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O ■
PPV 87DH50

neb

157,10

501205d

111,10

111,10

111,10