

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 rééductions.
- 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M23-022153

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2280

Société : RAO 177075

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHOUKRY REDOUANE

Date de naissance : 11/04/1953

Adresse : Lot 242 cooperative chabab

Berrechid

Tél. : 0677945663 Total des frais engagés : 2829,00 Dhs

822,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/08/2023

Nom et prénom du malade : Choukry Redouane Age : 60 ans

Lien de parenté : X Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : syndrome de telle

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

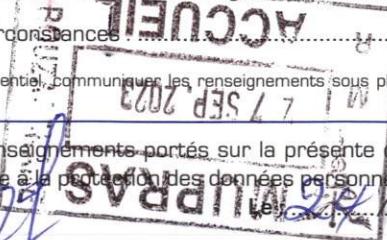
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Berrechid

Signature de l'adhérent(e) : Choukry Redouane



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 AOUT 2023			1000	 0522.517.574/0663.866.610

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	صادر من	Date	Montant de la Facture
farmacie Mosquée Dr. S. A. TANDY N°: 1-2 Mosquée Riad Riad (A coté du Stade Sportif Tél / Fax: 05 22 33 65 22	صادر من	24/08/03	629,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

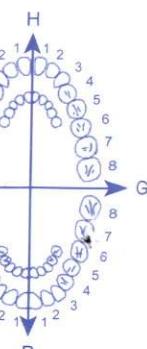
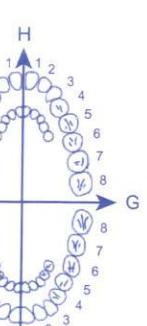
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TALIBI HASSAN

Médecin Généraliste



الدكتور المطالي حسن

طبيب عام

Du en Rhumatologie (Bordeaux - France)

Du en Dermatologie Interventionnelle (Rabat),

Du en Diabétologie (Bordeaux - France)

Du en Gériatrie (Bordeaux - France)

Du aux Lasers Médicaux À Visée Esthétique (Paris - France)

Circoncision - Chirurgie Mineure - Médecine Esthétique

دبلوم في أمراض العظام والمفاصل والعمود الفقري (بوردو، فرنسا)

دبلوم في الجراحة العلبية (كلية الطب - الرباط)

دبلوم في علاج السكري (بوردو، فرنسا)

دبلوم في علاج طب الأشخاص المسنين (بوردو، فرنسا)

دبلوم في الليزر الطبي (باريس، فرنسا)

الختانة الطبية، الجراحة الصغرى، الطب التجميلي

Berrechid le :

24/08/2023

برشيد في :

MR CHOUKRY REDOUANE

80,00x3

EXIDEP 5 MG

1 comprimé le matin x 3 mois

98,80x3

Athymil 30 mg - comprimé pelliculé

1/4 de comprimé le soir

3 mois

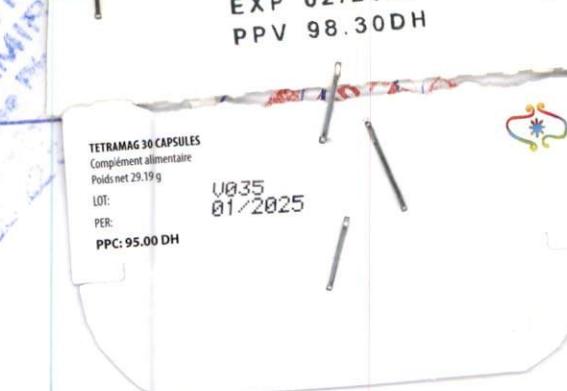
95,00

TETRAMAG (Ne pas changer)

1 Gélule le soir x 1 mois

SI
24/08/23
2054

24/08/23
2054



شارع محمد الخامس، زاوية زنقة يعقوب المنصور، عمارة الحاج أحمد برشيد، المدخل "C"، الطابق الأول، شقة 1

برشيد، أرقام الهاتف: 06 63 86 66 10 - 05 20 02 12 04 - 05 22 51 75 74

EXP:

Lot N°

PPV

LOT 2305

PER 08/24

PPV 00DH

x3
Gol

5 mg

EXIDEP®

30 Comprimés enrobés

ATHYMI® 30 mg

Chlorhydrate de milansépine

LOT 230363

EXP 02/2026

PPV 98.30DH