

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0007526 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RAFIK HANAN A 99746

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 88 2649 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 06/03/2024

Nom et prénom du malade : Hibatullah Age : 78 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Derrière Surtout + lumbago

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 Le : 09/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : RAFIK HANAN

(Handwritten signature over the text)

(Handwritten signature over the text)

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/02/2024 | C | X1 | 150,- | Dr. LEMBACHAR Nourredine 42, Rue Bir Anzara Quartier Industriel 522337430 - Berrechid |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

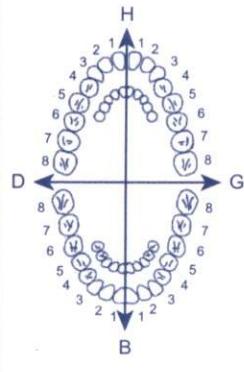
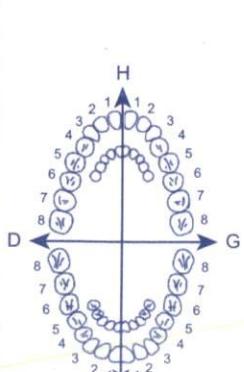
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H | 25533412 00000000 00000000 35533411 | G | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | D | 21433552 00000000 00000000 11433553 | B | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Certificats de compétences :

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

شهادة الكفاءة :

- طب النساء و التوليد
- الفحص بالصدى
- علاج الآلام

Fait à Berrechid le :

٥٦١٥٣٢٤

Mibat HALIM

١٥٣١٨٠
Coagulation ٦٥
١٥٢٧
١٥١٠
Angioplastie ١٥٣١٩٠ / ٢٨
Dissection ١٥١٧ x ٢٨
١٥١٦ x ٦
Dilatation ١٥٠٩
Dilatation ١٥٠٨
Laser ١٥٠٧
Laser ١٥٠٦
Laser ١٥٠٥
Laser ١٥٠٤
Laser ١٥٠٣

Dr. Nourddine Lembachar
Médecin en Pratique
Spécialiste en Médecine
Société Marocaine de Médecine
Berrechid
Tél. 0522 33 61 61
Av. Bir Anzarane
Boulevard du 20 Novembre
Maroc
N° 15
BP 10000 Berrechid
Tél. 0522 33 74 30

Dr. LEMBACHAR Nourddine
42, Rue Bir Anzarane
Quartier Industriel
BP 10522 33 74 30 - Berrechid



LOT 026
EX 26
PPV : 153,80 DH



Composition:
Extrait de l'huile de sésame (β-Sitostérol)
Excipient :
Effet notable: Huile de sésame
Conserver à une température ne dép.
Ne pas laisser à portée et à la vue d'
Pour les indications, les contre-indications,

PPV: 140,00 Dhs