

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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- 065023

79015

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2957

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAIL NOURDINE

Date de naissance : 01-07-1956

Adresse : 75684193

Tél. : 05684193 Total des frais engagés : 1711,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL HAIL NOURDINE

Age : 65

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 : Béz. Béz. Le : 27 JUIL 2021
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

Le : 27.07.2021

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
21/05/21	CS + ECA	+	250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/05/21	1111,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KHADRE MOHAMED FO

Cardiologue

Lauréat de la bourse

PPV : 148DH00

N°: 757/15 DMP/21/NCN

Alcalifa

Düsseldorf Allemagne

Université Bordeaux II

PPV : 148DH00

N°: 757/15 DMP/21/NCN



د. خضر محمد فؤاد

أخصائي أمراض القلب والشرايين

دكتور كلية الطب بالطرابلسي

طبيب سامي مستشفى الشيخ خالدة بالطرابلسي

طبيب سامي بمستشفى لوهشتاين بالملحقية

حاصل على شهادة الفحص بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا

Ordonnance

Berrechid, le :

BERRECHID LE 21 mai 2021



PPV : 148DH00

Médicament Autorisé N°: 757/15 DMP/21/NCN

Mme EL HAIL NOUREDDINE

148,00 × 4 +

REGIME PAUVRE EN SEL

82,90

COSTARVAL 80/12.5 MG

1 Cp/J matin à jeun

23,80 × 2

ASKARDIL 160MG

1Cp/J à midi après repas

BELMAZOL 20MG

1 gel/J le soir

13,40

COLCHICINE 1MG

1 Cp/J matin

187,70 × 2

ULORIC 80 MG

1 Cp/J le soir

Traitements pendant : 3 Mois

ASKARDIL 160 mg 30 comprimés

ASI

Médicament Autorisé N°: 756/15 DMP/21/NCN

PPV 230H80
EXP 01/2023
LOT 04009 4

PPV 230H80
EXP 01/2023
LOT 04009 4

Colchicine 1mg
OPOCALCIUM

13,40



LOT 126039
MFG 08 2020
EXP 08 2022
SN SP97AXVXHMKMKG



LOT 126039
MFG 08 2020
EXP 08 2022
SN 7MUUOJQY9HVR7R

PPV

187DH70

PPV

187DH70

N°11, Boulevard Mohamed V Bureau N°1, 1^{er} étage - Berrechid

Tél. : 0522 32 83 03 / 0522 32 83 33 - En cas d'urgence. : 0661 85 14 80

1111 30 -
Pharmacie ALFAAQ
133, Route de Abou Madi
BERRECHID
Tel.: 0522 32 83 64 01