

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 747 Société : RAM 130720

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mikou Abdessamad

Date de naissance : 8 MAI 1965

Adresse : Rue KARATAB Av IBN ATHIR

V.N FES

Tél. : 0663045835 Total des frais engagés : 5.575,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/09/2022

Nom et prénom du malade : Mikou Abdessamad Age : 57 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Cardiomyopathie

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 : FES Le : 22/9/2022

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
09/09/2022	CSU	302		DR KHAOUA HIBI CARDIOLOGIE ESPACE RIBH FES AV. AÏSSI IDRISS DABLAH TEL: 0535932602

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AIN LAHNACH DRAZI REDA AIN LAHNACH ANNEX DE TIZGUIT PROVINCE IFRAN TEL : 06 67 74 98 01	9/9/90.99	5975,80

#### **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 D B	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Khaoula HBID

## CARDIOLOGUE

Ex. Chef de service de cardiologie

Hôpital El Ghassani, FES

Diplôme d'echocardiographie Bordeaux, France

Diplôme d'épreuve d'effort et de réadaptation Cardiaque

Bordeau, France



## ورقة خولة حبيض

### صحيحة في أمراض القلب والشرايين

هيئة قسم أمراض القلب بمستشفي الغساني سابقا

بلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا

دبلوم اختبار الجهد وإعادة تأهيل القلب من جامعة

بوردو بفرنسا



Fès, le

09/09/2022

**Mr MIKOU ABDESSAMAD 77 ans**

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
PER.04 2026



LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
PER.04 2026



LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



## ORDONNANCE

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
PER.04 2026



LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



## REGIME SANS SEL STRICT

LASILIX 40 MG

2 cp le matin avant repas

UPERIO 50MG

1cp matin et soir après le

CARDENSIEL 5 MG

1/2cp matin après repas

REXABAN 20 MG

1cp le matin au milieu du repas

ROZAT 10 MG

1 cp le soir après le repas

FORXIGA 10 MG

1cp le matin après le repas

**PHARMACIE AIN LAHHACH**

BP KALIMA 626  
AIN LAHHACH ANNEX DE TIZGUIT

PROVINCE IFRAN

TEL: 0562 88 24 00

فاس - 0562 88 24 00

ر حاب فاس، شارع علال بن عبد الله، عمارة C الطابق الأول (بجانب مجهى السوان) فاس

الهاتف: 05.35.93.26.42 / المحمول: 06.63.70.23.21 / البريد الإلكتروني: hbid.kholla12@gmail.com

Dr Khaoula HBID  
CAREOLOGUE  
Espace Rihab Fes - BP 1100  
FES - Tél: 05 593 26 42



Maphar  
Bd Alkimpia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp E 28 b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

UPERIO® 50 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 28.  
PPV : 405 DH



Maphar  
Bd Alkimpia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp E 28 b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

UPERIO® 50 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 28.  
PPV : 405 DH



137,00

Maphar  
Bd Alkimpia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp E 28 b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

UPÉRIO® 50 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 28.  
PPV : 405 DH



137,00

Maphar  
Bd Alkimpia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp E 28 b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

UPERIO® 50 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 28.  
PPV : 405 DH



137,00

PPV : 147DH40  
PER : 06/24  
LOT : L2020-2

PPV : 147DH40  
PER : 06/24  
LOT : L2020-2

PPV : 147DH40  
PER : 06/24  
LOT : L2020-2