

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

146356

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4723

Société : RETRAITE

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HADDIOLI ABDELHAK

Date de naissance : 09/05/1959

Adresse : 44 RUE 1 JAGER LOT NASROU AH BERRECHID

Tél. : 0668448738

Total des frais engagés : 1584,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/05/1960

Nom et prénom du malade : LACHKAR HALIMA

Age : 63

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 : BERRECHID

Le : 24/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
11/12/23	CSF ECG		+ 250,00	<i>Dr. KHADRE HAMIDOU FAYAL</i> <i>Cardiologue Interniste</i> <i>CARDIOLOGUE</i> 11 Bd Med V 1 ^{er} étage Bureau N°1 BERRECHID Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	65101123	1334,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

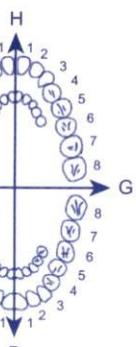
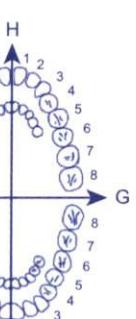
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Diplôme en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



دكتور محمد فؤاد

فخص القلب الداخلي

أخصائي أمراض القلب والشرايين

طبيب كلية الطب بالطرابلسي

طبيب ساق بمستشفى الشيخ خالدية بالطرابلسي

طبيب ساق بمستشفى لوادشيد بالعلباني

حاصل على شهادة الفحص بالصحي من جامعة بودروم بتركيا

Ordonnance

Berrechid, le :

Berrechid le : **05 janvier 2023**

Mme LACHKAR HALII

REGIME PAUVRE EN SEL

IRPHI PLUS 1600/12.5 MG

1 Cp/J matin à jeun

LOT : 212001
EXP : 12/2024
PPV : 134,30DH

LOT : 220449
EXP : 03/2025
PPV : 134,30 DH

NEBILET 5MG

1/2 Cp - 0 - 1/2 Cp

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

ASKARDIL 75MG

1Cp/J à midi après repas

V140977/01
ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
disponibles

V140977/01
ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
disponibles

BELMAZOL 20MG

1 gel/J le soir

PPU 22DH40
EXP 09/2024
LOT 26014

PPU 22DH40
EXP 05/2024
LOT 22005 4

NOLIP 10MG

1Cp/J le soir

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
Cardiologue Interventionnel
Bureau N°1 BERRECHID
11 Bd Med 1 El Jadida Bureau N°1 BERRECHID
Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33

Traitement pendant : 3 Mois

1334,90

157,10
Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
Cardiologue Interventionnel
Bureau N°1 BERRECHID
11 Bd Med 1 El Jadida Bureau N°1 BERRECHID
Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33

LOT: 08421013 PER: 05/2024
PER: 05/2024
PPV: 163.20DH PPV: 163.20DH