

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

- 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.

M22- 0017203

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **100 62**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HASSAN HIRCHY**

105 62

159080

Date de naissance :

Adresse : **WAFA H N 324 Deroma**

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **AICHA el ghazami** Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/01/23	CS + ECG		Fr 250,00	DR M. CARDIOLOGUE Cardiologue Interventionnel Bureau N°1 BERRECHID 11 bis Bd V. Etage Bureau 05 22 32 83 33 141 00 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR PHARMACEUTIQUE	28-01-23	1263,80

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

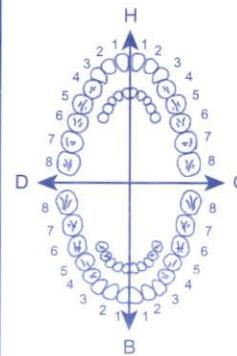
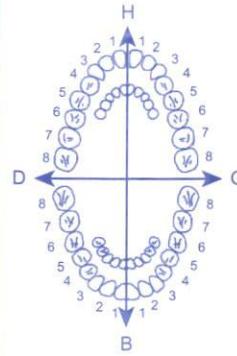
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

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
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
B				
G				
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS
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

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

فيس القلب المدخل

أخصائي أمراض القلب والشرايين

دكتور كلية الطب بالطب البيطري

طبيب سبقه مستشفى الشريخ زايد بالطب البيطري

طبيب ساقع بمستشفى لوطن شايد بالملعب

حاصل على شهادة الفحص بالصداق من جامعة بوردو بفرنسا

Ordonnance

Berrechid, le :

BERRECHID LE 28 avril 2023

Mme EL GHALMI AICHA

REGIME PAUVRE EN SEL

111.10x3

BIPRETERAX 5/1.25MG

1Cp/J le matin à jeun

87.50x3

NEBILET 5MG

1/2 Cp - 0 - 1/2 Cp

154.10x3

NOLIP 10MG

1Cp/J le soir

53.00x3

DIPICOR 5MG

1Cp/J le soir

46.70

ZYLORIC 100MG

1 Cp/J le soir

Traitements pendant : 3 Mois

1263180

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
Cardiologue Interventionnel
CARDIOLOGIST

11 Bd Mohammed V 1^{er} étage Bureau N°1 BERRECHID
Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

53,00

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

53,00

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

53,00

111,10

111,10

111,10

LOT 228159
EXP 09 2026
PPV 46.70 DH

AFRIC-PHAR
LOT 224547 EXP 09/2024
PPV: 154DH10

154,10

154,10

501205d