

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

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

MUPRAS : Centre Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abda - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-682456

160853

Pour

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

3550

Société :

R.A.D.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ABDELMOUMNI Rachida

Date de naissance :

06 D 3 1956

Adresse :

N° 3 Rue Chourouk Hay Almoustabaka Oessa

Tél. :

0666 788634 Total des frais engagés

630,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR BECHOURI AMAR
95 CARDIOLOGUE
24 Bd Youssef Ibn Tachfine, Appt 308
OUJDA - Tél: 05 36 70 42 71
INPE: 081204477

Cachet du médecin :

Date de consultation :

29 03 2013 Abdelmoumni Rachida Age: 66

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pconfidential 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 :

06/03/09

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/10/2013

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-682456

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3550

Nom de l'adhérent(e) : ABDELMOUMNI

Total des frais engagés : 630,20

Date de dépôt : 09/03/2013

Autorisation CNFDI N° : A-A-215/2013

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
3-2013 CS+CCG			300,00	INP : 08160141 DR BECHROURI AMAL الدكتور بشرورى BIBLIOLOGUE Bachfine, Appt 308 42 71

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~ : 031204

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE E. MOULAY Ahmed Moulay 25 36 54 1016 - OUDAI 2074931	29/03/23	330.00

INPE 082074931

INPE 082074931

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICALS

VOLET ADHERENT

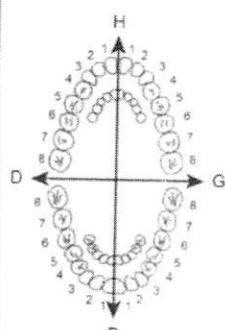
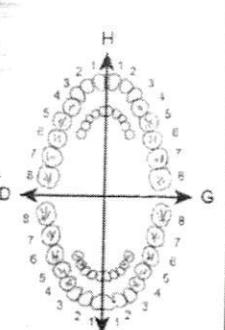
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	B H G			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTENDU SUR LA DEMANDE

Dr. BECHROURI Amar

SPECIALISTE DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

- Lauréat de la Faculté de Médecine de Rabat
- Lauréat de la Faculté de Médecine de Rouen France
- Lauréat de la Faculté de Médecine de Bordeaux France
- Ancien Médecin de l'hôpital Militaire de Rabat HMIV



ي عمو

عن القلب والشرايين

الطب بالرياط

كلية الطب ببروان - فرنسا

كلية الطب ببودو - فرنسا

سابق بالمستشفى العسكري بالرياط

ORDONNANCE

Oujda, le :

Oujda, le : 29/03/2023

Ordonnance

Mme ABDELMOUMNI Rachida

APROVEL150mg: 1cp le matin

LEVOTHYROX 25 µg, Comprimé sécable: 1cp le matin

*** QSP 03mois ***



7862160335



7862160335



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Aprovel 150 mg, cp b 28
P.P.V : 158,30 DH



18001 4080892



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebâa Casablanca
Aprovel 150 mg, cp b 28
P.P.V : 158,30 DH



Docteur Amar BECHROURI

DR BECHROURI AMAR
الدكتور بشروري عمو
CARTIOLOGUE
24, Bd Youssef Ibn Tachfine Appt 308
OUJDA - Tél: 05 36 70 42 71
INPE: 05 1204471

DR PHARMACIE JELASSI
24, Dr. Mokhtar N°14, Hay Nekka 1
Rue Ahmed Mokhtari N°14, Hay Nekka 1
05 36 54 10 10 - OUJDA

24, Bd. Youssef Ibn Tachfine 60030 Oujda

(A côté du Lycee Omar Ibn Abdelaziz) - Tél : 05 36 70 42 71
شارع يوسف بن تاشفین - وجدة، (قرب ثانوية عمر بن عبد العزيز)

Cabinet Dr BECHROURI Amar

Name:ABDELMOUNI Rachida	Frequency: 1000Hz	QTc Interval: 431ms	Prompt:
Sex:Female	Sample Time: 15s	P Axis: 64.70°	Total Beats 17 ,Normal Beats 17 .
Age:67Y	HR: 72bpm	QRS Axis: 22.20°	in gear Sinus mode Target rate;Longitudinal Left axis
SN:0000051	P Interval: 106ms	T Axis: 52.00°	deviation;
Cli No.:	QRS Interval: 76ms	RV5/SV1: 0.76/0.60mV	
	T Interval: 197ms	RV5+SV1: 1.35mV	
	PR Interval: 155ms	RV1+SV5: --	
	QT Interval: 395ms		

Doctor: Dr BECHROURI

