

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

- Reclamation : 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.

M22- 0025439

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4517 Société : EM

Actif Pensionné(e) Autre : A 68987

Nom & Prénom : YAHIA KHALID

Date de naissance : 29/06/1962

Adresse : 2 RUE AIT MELLoul AVENUE ZERHOUNE JELLINE

Tél. : 0661197536 Total des frais engagés : # 433,60 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. GUERRAOUI Jawad
Spécialiste en Cardiologie et
Maladies Vasculaires
INPE : 101068369
Tél : 06 61 16 17 94

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AZZAMI HADA Amal Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dyslipidémie - Tachycardie d'origine

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Dyslipidémie

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 : Robt Le : 21 JUIL. 2023

Signature de l'adhérent(e) : M. A. A. 07.02.23



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES TRAITS 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
23/06/2023	1 s		# 350,00 f	 Dr. JAWAD GUERRAOUI Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires INPE: 101068369 Tél: 06 61 17 94

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: right;">INPE : 05 37 63 68 64 Tél : 05 37 63 68 64 3 AV. BENJELLOUN SOUINA Béjaïa Béjaïa Algérie</p> <p style="text-align: right;">INPE : 102015153 Tél : 05 37 63 68 64 3 AV. BENJELLOUN SOUINA Béjaïa Béjaïa Algérie</p>	23/06/23	83,63

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The teeth are labeled with numbers 1 through 8 in each quadrant, with 1 at the upper central incisors and 8 at the lower molars. Each tooth is accompanied by a small symbol representing its function: upper teeth have a 'Y' shape, lower teeth have a 'V' shape, and molars have a 'W' shape. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a vertical arrow labeled 'H' points upwards. A vertical arrow labeled 'B' points downwards.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ordonnance

Rabat le : 28/06/2013

Hme Azzamni HDA Amal :

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
Lot : 22E09
PER : 10/2015
P.P.V : 41DH80



6 118000 010227

~~U.A. 80 x2~~
~~83.6~~
+ for le cardial VO

Dr. BEHIELLOUN Souissi-Rabat
Dr. BEHIELLOUN Souissi-Rabat
3, AV Zerhoun 36
Tél : 05 38 36 68 64
INPE : 182015153
INPE : 1911053664

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
Lot : 22E09
PER : 10/2015
P.P.V : 41DH80



6 118000 010227

Omar -

Tz 83.6

Dr. GUERRAOUI Jawa
Spécialiste en Cardiologie et
Maladies Vasculaires
INPE : 101068369
Tél : 06 61 16 17 94

CLINIQUE LES AMBASSADEURS
MEDICO-CHIRURGICALE-
LOT.N°3, AL HOUDA SOUSSI
RABAT

Reçu de caisse

Médecin : DR. GUERRAOUI JAWAD

N° : 2306231600301510 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
230623155153ME-001	AZZAOUI IHDA AMAL	23/06/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB		350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		

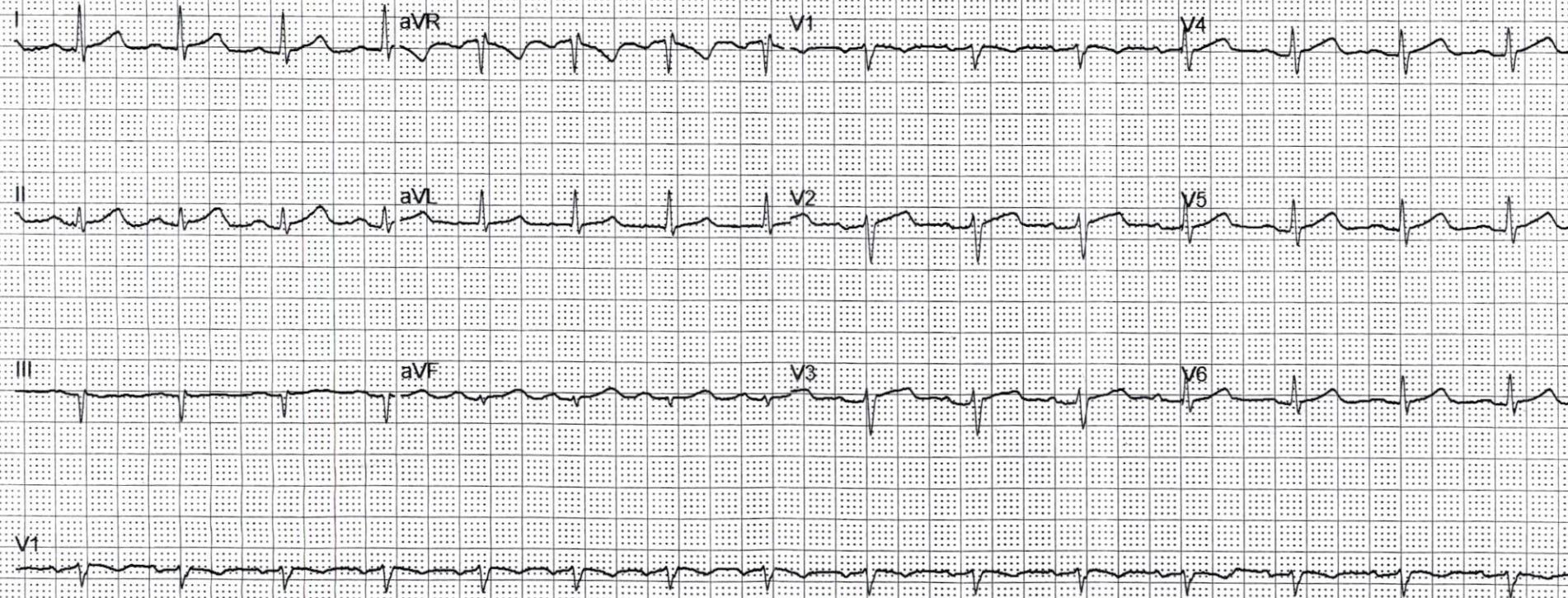
Reçu établi par : HOURIA



QRS : 68 ms
 QT / QTc Baz : 358 / 442 ms
 PQ : 188 ms
 P : 126 ms
 RR/PP : 654 / 652 ms
 P/QRS/T : 52 / -12 / 25 degrés

Rythme sinusal normal
 ECG normal

Utilisat.
 Méd. requérant
 Méd. référent
 Méd. soignant



Non valide