

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 : F189

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BIAR ABDELRIM

Date de naissance : 27.12.64

Adresse : TASSIR 2 RUE HADDOUD MOUKNIBI

BERRECHID

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/06/2023

Nom et prénom du malade : BIAR Saad

Age : 24 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : VERITUR - HYPERSENS

Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
26/06/2023	C	-	200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie RACHIDI Docteur en Pharmacie Zouhair Bd. Rachidi H.H - BERRECHIDI Tel.: 0664 49 38 11	26/06/23	219,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

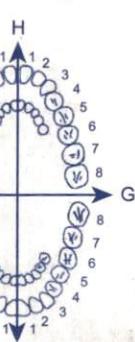
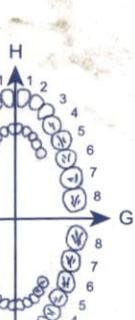
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
			
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 D	G 21433552 00000000 00000000 35533411 11433553	B
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		CŒFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TALIBI HASSAN

Médecin Généraliste



الدكتور الطالبي حسن

طیب عام

Du en Rhumatologie (Bordeaux - France)
Du en Dermatologie Interventionnelle (Rabat)
Du en Diabétologie (Bordeaux - France)
Du en Gériatrie (Bordeaux - France)
Du aux Lasers Médicaux À Visée Esthétique (Paris - France)
Circoncision - Chirurgie Mineure - Médecine Esthétique

- بابلوم في أمراض العظام والتفاصيل الفقري (بوردو - فرنسا)**
- بابلوم في الجراحة الجلدية (كلية الطب، الرباط)**
- بابلوم في علاج السكري (بوردو - فرنسا)**
- بابلوم في علاج طب الأشخاص المسنين (بوردو - فرنسا)**
- بابلوم في الليزز الطبي (باريس - فرنسا)**
- نختانة الطبية - الجراحة الصفرى - الطب التجميلي**

برشید فی : 26/06/2023 Berrechid le :

MR BIAR SAAD

- **Betaserc 24 mg - comprimé**
1 Comprimé, matin et soir x 15 jours
 - **Effortil - goutte buvable**
30 gouttes matin, midi et soir, au milieu de repos x 10
 - **Arginine veyron - solution buvable en ampoule**
1 ampoule , matin, midi, soir
 - **Superforme-GS 20 Comprimés**
1 Comprimé le matin x 20 jours

BETASERC 24MG
CP 830
P.P.V : 78DH00

PPV: 28DH70
PER: 12/27
LOT: L3905

boehringer

LOT : 268
PER : 03/26
PPV : 33,90 DH

شارع محمد الخامس، زاوية زنقة يعقوب المنصور، عمارة الحاج أحمد برشيد، المدخل "C". الطابق الأول، شقة 1
برشيد - أرقام الهاتف: 06 63 86 66 10 - 05 20 02 12 04 - 05 22 51 75 74