

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 : | 1461 | Société : | R.A.M. |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : | | MR. IMANE AHMED A 89012 | |
| Date de naissance : | | 01/01/51 | |
| Adresse : | | ville N°5 Rue Sidi AL WAHDA LOT Regrage Berrechid | |
| Tél. : | | 066 125 21 42 Total des frais engagés : 2618,70 Dhs | |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin : |  | | |
| Date de consultation : | / | / | / |
| Nom et prénom du malade : | Imane Alaa / | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | ALD | | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD | <input type="checkbox"/> 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 | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/10/23 CSr EG. | | | 1210.00 | <i>[Handwritten signatures and stamp]</i> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <i>Dr. IMANE ZINLB Le Pharmacie de l'And Boulevard Lot 22 03 59 50 Tél. 05 22 06 21 05 03 6</i> | 14/10/23 | 2368,70 |

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

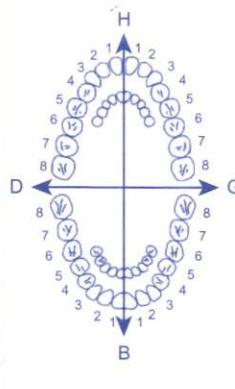
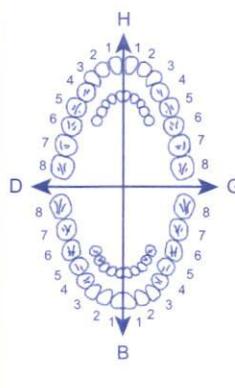
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | | |
|--|---|------------------|-------------|---|---|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX | |
| | | | |  | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | |
| | | | |  | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | |
| | | | |  | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | |
| | | | |  | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
|  | H | 25533412 | 21433552 | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | D | 00000000 | 00000000 | |  |
| | G | 00000000 | 00000000 | |  |
| | B | 35533411 | 11433553 | | 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. 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

فخر القلب التداوي

الحالات امراض القلب والشرايين

طبيب كardiologist بالطرابلسية

طبيب سامي بمستشفى لوطا شيف باللهمبا

حاصل على شهادة الفحص بالصحي من جامعة بوردو بفرنسا

Ordonnance

BERRECHID LE 14 octobre 2023

Mr. IMANE AHMED

REGIME PAUVRE EN SEL

Coveram S/5MG

1 Cp/J matin à jeun

KARDEGIC 160MG

1 Sachet/J à midi

SECTRAL 200 MG

1/2 Cp/J à midi

ZYLCRIC 100MG

1 Cp/J le soir

OEDES 20MG

1 Cp/J le soir

Nolipco

20 mg

Traitement pendant : 1 Mois

2368,70

Dr. IMANE ZINEB
Ste Pharmacie le Grand Boulevard
Lot 345 1er Niveau - Berrechid
Tél: 05 22 03 59 59
INPE: 062105036

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
Cardiologue Interventionnel
11 Bd Med V 1er Etage Bureau N°1 BERRECHID
Tél: 05 22 32 83 03 / 06 22 32 83 33

LOT 221633
EXP 08/2024
PPV 144.50DH

LOT 221632
EXP 08/2024
PPV 144.50DH

LOT 221249
EXP 04/2024
PPV 82.10DH

LOT 230922
EXP 02/2025
PPV 82.10DH

LOT 220445
EXP 01/2024
PPV 82.10DH

208,00

LOT 221249
EXP 04/2024
PPV 82.10DH

208,00

208,00
208,00

SECTRAL 200MG
CP PEL B20
P.P.V :37DH80

6 118000 060154

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V :35DH70

6 118001 081189

SECTRAL 200MG
CP PEL B20
P.P.V :37DH80

6 118000 060154

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V :35DH70

6 118001 081189

SECTRAL 200MG
CP PEL B20
P.P.V :37DH80

6 118000 060154

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V :35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V :35DH70

6 118001 081189

154,10

154,10

154,10

154,10

ZYLORIC 100 mg
Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 DMP/21/TT
SOTHEMABOUSKOURA
Remboursable AMO

6 118000 022268