

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2957 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAIL Noureddine

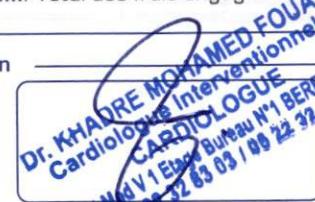
Date de naissance : 01/07/1956

Adresse : 7ème étage 88e A 84805

Tél. 0675684193 Total des frais engagés : 1575,80 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/11/2023

Nom et prénom du malade : El hail Noureddine Age : 67 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *HTA*

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : *HTA*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *Maladie*

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 : Bérechid Le : 06/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : *El hail Noureddine*

## 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
06/11/25	CS, ICS		2050,00	Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD Cardiologue Interventionnel CARDIOLOGUE 11 Bd Med V 1 Etage Bureau N°1 BERRICH Tél: 05 22 32 83 83 / 06 22 32 83 33

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie ALAFAAC          1.3.5 Rue Ilia Abou Mad...          BERRECHID          Tel: 05 22 33 60 01</p>	06/11/23	1325,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
2	21433552
00	00000000
00	00000000
1	11433553

## [Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

WIDA 5-12 LANGUAGE PROFICIENCY ASSESSMENT TESTS

**Ordonnance**

Berrechid, le : .....  
 BERRECHID LE **06 novembre 2023**

**Mme EL HAIL NOUREDDINE****REGIME PAUVRE EN SEL****3 x 95,00****COSTARVAL 80/12.5 MG ou VALPHI PLUS 80/12.5**

1 Cp/J matin à jeûn

**3 x 23,80****ASKARDIL 160MG**

1Cp/J à midi après repas

**2 x 87,50****NEBILLET 5MG**

1/2 Cp/J à midi

**154,10 x 3****NOLIP 10MG**

1Cp/J le soir

**ULORIC 40MG**

1 Cp/J le soir

**3 x 110,70****Traitements pendant : 3 Mois****1325,80**

LOT : 015  
 PER : AUT 2025  
 PPV : 95 DH 00

LOT : 015  
 PER : AUT 2025  
 PPV : 95 DH 00

LOT : 015  
 PER : AUT 2025  
 PPV : 95 DH 00

**1325,80**

LOT 1149297  
 MFG 08 2023  
 EXP 08 2025

PPV  
 110DH70



LOT 1149297  
 MFG 08 2023  
 EXP 08 2025  
 SN IJF6ER3VL21YC1

PPV  
 110DH70



LOT 1149297  
 MFG 08 2023  
 EXP 08 2025  
 SN VR3RVNZDOVAVIU

PPV  
 110DH70

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés  
disperables

PPU 23DH80  
EXP 04/2025  
LOT 23006 2

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés  
disperables

PPU 23DH80  
EXP 03/2025  
LOT 23009 6

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés  
disperables

PPU 23DH80  
EXP 04/2025  
LOT 23006 3

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

