

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

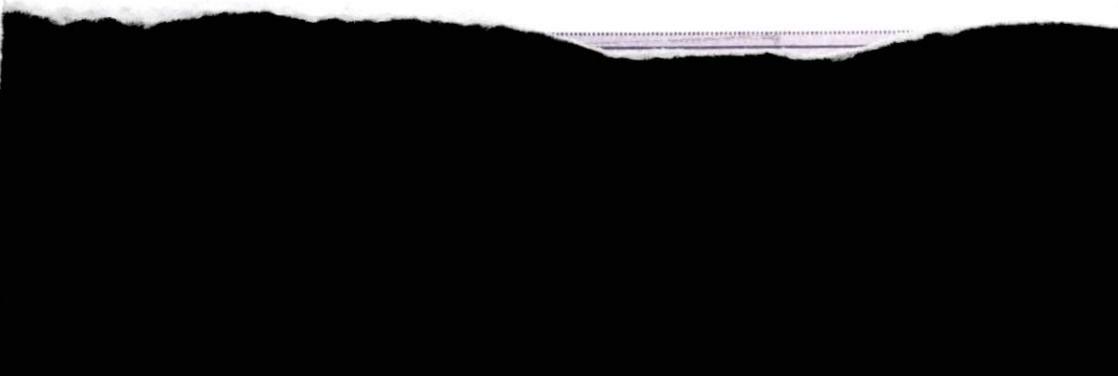
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 061		Société : Rom	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Kais Abeknassan		A 85784	
Date de naissance : 1/1/1969			
Adresse : N° 1161 Lotissement ent wafa, Deroua			
Tél. : 0661 1632 18		Total des frais engagés : Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Docteur AYOUBI Hassan			
Date de consultation : 18/09/2023			
Nom et prénom du malade : Kais			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même			
Nature de la maladie :			
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) : Kais			



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
18/05/2015	Surveillance	1	300,00 DT	INP : 001830715584 ICE 061175584 INP 061175584 Médecin Hassar Radiologue Berchid Total 300,00 DT

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ASSAINISSEMENT ET D'EAU 24110 BAGNOLET Fix : 01.22.53.20.54	18/9/2023	625,42

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



الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب والشرايين وارتفاع الضغط

والدورة الدموية - الفحص بالصدري والهولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires

Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

12/10/2017

PHARMACIE EL OUMOUM
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.2055

Kais Abderrahim

77,80 x 2

- Cardenol 1,25

1,15 x 3 m

35,70 x 3

- Kindep 16.

1,25 x 3 m

142,70

- corvayl 10

Sur Rendez-vous
HORAIRE : 8h00 - 14h00
VENDREDI : 8h00 - 12h00

HT : 7 hru 30 min
Tél : 05 22 32 65 84
80 Rue Ibn Rochd - Berrechid
DR AYOUBI HASSAN
Znqha AYOUBI HASSAN

05 22 32 65 84 - برشيد - الهاتف : 80
80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84

المستعجلات : 06 72 12 00 82

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

LOT : 23E006

PER : 03 2025

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

LOT : 23E007

PER : 04 2025

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

LOT : 22E012

PER : 06 2024

Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH

782916927

782916

142,70

ECG

Dr AYOUBI Hassan

80.rue ibn rochd berchid - Tél :0522326584

NOM:KAIS ABDERRAHMAN

ID :2007/15

Genre :Homme

Age :66

DDN :01-01-1949

Date Test :18-09-2023 11:47

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr AYOUBI



DR AYOUBI HASSAN
CARDIOLOGUE
80Rue IBN ROCHD
Berrechid
Signature Médecin
HT : 7 Heure 30 min à 14 h
Tél : 05 22 32 65 84