

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

M23- N° 0038605
197987

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **2243** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **NASHT Abderrahmane**

Date de naissance : **27 - 02 - 1957**

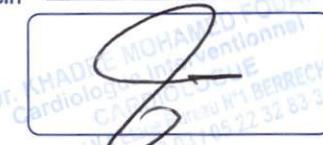
Adresse : **Rue 2 N° 4 Coup ÉCHABABE**

HDX EL HOUA Berrechid,

Tél. : **0661528837** Total des frais engagés : **7843,12** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Diakh Sasse Aza** Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

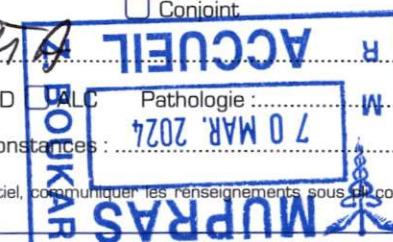
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : *Casablanca* Le : *07/03/2024*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



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
5/3/24	CS+TECO		F 250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Siham TAHIR Pharmacie Mosquée Riad 1-2 Mosquée Riad Hay Riad Berechide Fix: 0522338322	05/03/24	F 593,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B	
	D 00000000 00000000	G 00000000 00000000		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

أخصائي أمراض القلب التاجية

أخصائي أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بالطب البيطري

طبيب سلبي بمستشفى الشيخ خليفة بالطب البيطري

طبيب سلبي بمستشفى لوتشارد بالطب البيطري

حاصل على شهادة الفحص بالصداق من جامعة بودويفنزسا

Ordonnance

Berrechid, le :

BERRECHID LE 05 mars 2024

Mme OIAKHSSASSE Aziza

REGIME PAUVRE EN SEL

VALPHI PLUS 80/12.5MG

1 Cp/J matin à jeun

NOLIP 10MG

1Cp/J le soir 1J/2

Traitements pendant : 3 Mois

LOT : 017
PER : DEC 2025
PPV : 95 DH 00
LOT : 017
PER : DEC 2025
PPV : 95 DH 00
LOT : 014
PER : FEV 2025
PPV : 95 DH 00

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
Cardiologue Interventionnel
CREDIOLOGUE
N°11 Boulevard Mohamed V Bureau N°1, 1^{er} étage - Berrechid
11 Bd Med V 1^{er} étage - Bureau N°1 BERRECHID
Tél: 0522 32 83 03 / 0522 32 83 33



10 2 143.0
E 1 0.9 / 2.5
PP 15.4 11.1 1.0

15410

501205d



10 2 143.0
E 1 0.9 / 2.5
PP 15.4 11.1 1.0

15410

501205d