

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.

M23-0027866

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>1461</u>	Société : <u>R.A.M.</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>MR IMANE Ahmed</u>		
Date de naissance : <u>01-01-51</u>		
Adresse : <u>Ville N°5 Rue Sidi AL WAHDA Lot Regraga Berrechid</u>		
Tél. : <u>0661052142</u>	Total des frais engagés	<u>946,50</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<u>12 MAR. 2024</u>		
Nom et prénom du malade :	<u>IMANE Ahmed</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>HTA e dyslipidémie</u>		
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 : Berrechid

Le : 11/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : IMANE Ahmed

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-027866**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1461
696,50 Dh
+ 250,00
Total des frais engagés : 946,50
Date de dépôt : 11/03/2024

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
18/10/23	CS, Ec.		150.000	 Dr. KHALID BEN AIT BEN HADDOUQ Cardiologue 11 Bd Med V 1 Etage Bureau N°1 BERRCHID 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. JANE ZINEB Sté Pharmacie le Grand Boulevard Lot 345 Lot Nasrajah - Berrechid Tél: 05 22 00 59 59 IN PE: 0522105036	18/06/2023	696,50 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

8580

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	H D B G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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

فحص القلب التداخل

أخصائي أمراض القلب والشرايين

خارج كلية الطب بالطيبة

طبيب سامي بمستشفى الشيف خالدة بالطيبة

طبيب سامي بمستشفى لوسانش لوتشابيل بالعلب

حاصل على شهادة الفحص بالصداق من جامعة بروج بفرنسا

Ordonnance

Berrechid, le :

BERRECHID LE 18 décembre 2023

Mr. IMANE AHMED

REGIME PAUVRE EN SEL

$$3 \times 185,20 + 1 \times 105,20 = 660,00 \text{ DH}$$

SULIAT 160/5MG

1 Cp/J matin à jeun

~~35.70 دhs~~

KARDEGIC 160MG

1 Sachet/J à midi

SECTRAL 200 MG

1/2 Cp/J à midi

ZYLORIC 100MG

1 Cp/J le soir

OEDES 20MG

1 Cp/J le soir

NOLIP 10MG

1Cp/J le soir

Traitemenit pendant : 3 Mois

696.50

Dr. IMANE ZINEB
Sté Pharmacie le Grand Boulevard
Lot 345 Lot Nasr al-h - Berrechid
Tél: 05 23 03 59 59
INPE: 02105036

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
Cardiologue Interventionnel
CARDIOLOGUE
11 Bd Med V Etage Bureau N°1 BERRECHID
Tél: 05 23 22 83 33 / 05 22 32 83 33

185,20

185,20

185,20

185,20

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 350H70
L01 : 23E009
PER.:04 2025
6 || 118001 081189