

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.

M22- 0017450

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10062 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hilalhy HASSAN

Date de naissance :

200202

Adresse :

Tél. : 06.66.33.56.97 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même

Copoint

Enfant

Nature de la maladie : HFA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : J

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
02/03/84	CS, Ec	2	252	Dr. KHAOURY Cardiologue Interniste CARDIOLOGUE 11 Bd Med V 1 ^{er} étage Bureau N°1 BERRECHID Tél: 05 22 32 83 33 / 05 22 32 83 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Dr. S. BENDJELLOUA Imm. 945, 1 ^{er} étage, 22 52 02 01 Tél: 05 22 32 83 33	22-03-84	1216,30

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
CCEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Diplôme en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



دكتور محمد فواز

دكتور الفارس

دكتور العالى الفارس والشرايين

دكتور كلية طب بنجلال البيضا

طبيب متخصص في الشريان التاجي والartery

طبيب متخصص في الشريان التاجي والartery

دكتور على شهادة الفحص بالصداق من جامعة بودو بفرنسا

Ordonnance

Berrechid, le :

BERRECHID LE 22 mars 2024

Mme EL GHALMI AICHA

REGIME PAUVRE EN SEL

III.10 d3
BIPRETERAX 5/1.25MG

1Cp/J le matin à jeun

87,500X2
NEBILET 5MG

1/2 Cp - 0 - 0

43,750X3
NOLIP 10MG

1Cp/J le soir

55,000X2
DIPICOR 5MG

1 Cp/J le soir

43,75
ZYLORIC 100MG

1 Cp/J le soir

96,000X1
Traitement pendant : 3 Mois

12/16,30

INPE : 06 20 74 810

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJELLOUN
Int 06 94, Lot N°4-DEROUA
Tél: 06 22 51 47 07

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
Cardiologue Interventionnel
CARDIOLOGUE
11 Bd Med V 1 Etage Bureau N°1 BERRECHID
Tél: 05 22 32 83 00 / 05 22 32 83 33

154,10

10 2 889
10 2 889
10 2 889

15410

15410

154,10

501205d

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 87DH50

V140977/01

111,10

111,10

53,00

53,00

LOT 233494
EXP 11 2027
PPV 43.70 DH

96,00

111,10