

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0059678

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

203933

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044 Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KERDOUIN MOHAMED

Date de naissance : 12-06-63

Adresse : KERDOUIN 9 @ GMAIL.COM

Tél. : 0661193876 Total des frais engagés : 832,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. BERROUNI Soukaina
CARDIOLOGIE
NPE : 111233021
Tél : 06 67 68 36 54*

Date de consultation : 26/03/2024

Nom et prénom du malade : KERDOUIN MOHAMED Age : 60

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : RABAT Le : 02/05/24

Signature de l'adhérent(e) : KERDOUIN MOHAMED

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
26-03-2014	consultation	1	€	Dr. BERROUINE SOUAGUE CAROline SOUAGUE INPE : 101253821 Tél : 06 67 68 36 54

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE HATIM AL MANZAH Km17, Commune Al Manzeh Route de Ain Aouda Tél : 0654 90 31 94 I.C.E : 00236237000000 I.N.P : 1020750007	26/3/24	832.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
		00000000	00000000																
35533411		11433553																	
B																			
				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																

CABINET DE CARDIOLOGIE

Dr . BERROUINE Soukaina

- Spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires
- Cardiologue interventionnelle
- Lauréate de la faculté de médecine de Rabat
- Diplômée en Echocardiographie doppler de l'université de Bordeaux-France
- Ancienne interne des Hopitaux de Rabat et Paris- France
- Ancien médecin à l'hôpital militaire Mohammed V de Rabat



عيادة امراض القلب و الشرايين
د. بروين سكينة

- اختصاصية أمراض القلب و الشرايين
- اختصاصية في تسطير القلب
- خريجية كلية الطب بالرباط
- حاصلة على دبلوم فحص القلب الصدى بجامعة بوردو بفرنسا
- طبيبة داخلية سابقة في مستشفى الرباط و باريس بفرنسا
- طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري بالرباط

26-03-2024

Dr.BERROUINE Soukaina
Institut de Cardiologie
Tel: 06 67 68 36 54

Mr Kerdoun Mohammed

208,00 x 4 = 832,00 Loveram 5/5-J

146 gr nL



PHARMACIE HATIM AL MANZAH
Km17, Commune Al Manzeh
Rue de Aïn Aouda
Tél : 0664 90 31 94
ICE : 202362370000009
fax : 102075002

14 3 mois
Dr. BERROUINE Soukaina
CARDIOLOGIE
INPE
Tel: 06 67 68 36 54



کوفیر ام

حبات 5 ملغ / 5 ملغ

بیراندویریل ارجنین / املوڈین

5
٥

30 حبة



٩٥٤٠

کوفیر ام

حبات 5 ملغ / 5 ملغ

بیراندویریل ارجنین / املوڈین

5
٥

30 حبة



٩٥٤٠

کوفیر ام

حبات 5 ملغ / 5 ملغ

بیراندویریل ارجنین / املوڈین

5
٥

30 حبة



٩٥٤٠

کوفیر ام

حبات 5 ملغ / 5 ملغ

بیراندویریل ارجنین / املوڈین

5
٥

30 حبة



٩٥٤٠