

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-776907

par courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		158564	
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TAHAR AHMED			
Date de naissance : 11 - 09 - 1952			
Adresse : 11 RUE ALLAL BEN ABDELLAH 6 ^e ETAGE N° 24			
Télé. : 06 65 23 02 33 Total des frais engagés : 378,0 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : 11 AVR 2023	
Nom et prénom du malade : TAHAR AHMED	
Age:	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
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 : TANGER Le : 11/04/2023
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.04.2023	78.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 $ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D \quad G \\ 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Diplômé de la faculté de médecine de Strasbourg (France)

Spécialiste en Oto - Rhino - Laryngologie et Chirurgie de la face et cou

Ancien interne du chu de strasbourg

Ancien Assistant Spécialiste

Chef de clinique des hopitaux de FRANCE

Membre permanent de la Société

Française d'ORL et chirurgie

Cervico-faciale



خريج كلية الطب با ستراسبورغ (فرنسا)
اختصاصي في أمراض و جراحة
الاذن، الأنف، الحنجرة
جراحة الوجه و العنق
طبيب سابق بمستشفيات فرنسا
عضو دائم بجمعية أمراض و جراحة
الاذن - الأنف - الحنجرة - الوجه
و العنق بفرنسا

Tanger, le :
11 AVR. 2023 /

Tamouii Ahmed

- Bétoner du my
78.00 1 kg x 2 / (1 kg)

SV



دكتور محمد توبالي
Dr. Mohammed TOUBALI
O.R.L
9, Rue Khalil MATRANE App. 16 - 1^{er} Etage
Tél : 05 39 33 03 - Tanger

ICE : 001751752000090

INPE161136486

9, شارع خليل مطران رقم 16 الطابق الأول - طنجة، الهاتف : 0539 33 03 - المحمول (للرسائل القصيرة) : 0661 062 534
9, Rue Khalil MATRANE N° 16 1^{er} Etage - Tanger. Tél.: 0539 33 33 03 - GSM: 0661 062 534 (contact par SMS)
E-mail: m_toubali@yahoo.fr



CP 830
BETASERC 24 MG

Ql-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca.
Mapher, Km 10, Route Côte d'Azur 111.
Fabricue sous licence par :

Abbot

Respecter les doses prescrites
L'indument sur ordonnance - Liste I

Respecter les doses prescrites
الدواء على وصفة طبية

78,00

22.01.2011

PER 02 2005

بيتا سرط

مبلغ
بيتا هيسبيتين
عن طريق الفم
30 قرصاً.



يجب بلع الأقراص مع كوب ماء دون قصتها.
تحذيرات خاصة :
يجب قراءة هذه النشرة ومتى قبل الاستعمال.
يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال.
التركيبة :
ديكلورهيدرات البيتا هيسبيتين مبلغ
سوانغ بكمية كافية لقرص واحد.



Betaserc

24 mg bétahistine

30
Comprimés