

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.

N° W21-693688

pa SN
votre

184429

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 903 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

n° Benhaoudouch Lahcen

Date de naissance :

5/01/1963

Adresse :

22 Rue Jaraa - N°5 Appart RABAT

0527 77 5224

Tél. 0671701392

Total des frais engagés : 558,90 Dhs

Dr. Amina EL MESSAOUDI

Professeur en ORL .
et Chirurgie Cervico-Faciale
46, Av. de France, Appt 6 Agdal
Rabat - Tél. : 05 27 77 77 80
ICE: 001648254000063

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

18/10/2023

Nom et prénom du malade :

Chayla Ben Chayla

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Plumbe allergique

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 : 19/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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 INP : <u>101108694</u> |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 8/10/2023 | G 1 | G 30000 | INP : |  |

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

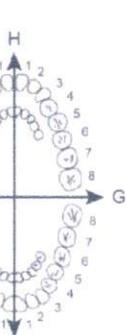
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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 : [] | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------|-----------------------------|---|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|---|----------|----------|----------|----------|------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</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 colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</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> </table> | | | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> | | 0 | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS [] |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | DATE DU DEVIS [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Amina EL MESSAOUDI DINIA

Spécialiste des Maladies et Chirurgie
 Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou - Surdité
 Vertige - Allergie - Thyroïde
 Explorations fonctionnelles et vidéo Endoscopie
 Ex Professeur à la Faculté de Médecine de Rabat
 Diplômée des Facultés de Médecine de Rabat et Toulouse

الدكتورة أمينة المسعودي دينية

أمراض و جراحة الأنف - الأنف - الغم - الحجرة

الوجه و العنق - الحساسية - الغدة الدرقية

أستاذة سابقاً بكلية الطب بالرباط

خرسحة كلية الطب بباريس و تولوز (فرنسا)

Nom & Prénom :

Ghizlane Ghosnou Ouarda
 Rabat le : 18/10/2024

89,-

Rhinalsepti
 à pulv L



(x2) 115,-

Nez en
 à pulv L x 3 mois

194,-

AntibioSyrup
 à gocette



LOT: IC30802
 PER: 06/2025
 PPV: 75 DH 00

218,-

Pharmacie AL-ZAHRA
 Dr. Bensouda Mohammed Oussama
 INPE : 102012978
 Qued Roman, Hay Al Inbiat
 TALIFAT - 06 37 80 71 00

Dr. Amina EL MESSAO
 Professeur en ORL
 et Chirurgie Cervico-Fac
 46, Av. de France, Appt 6-
 Rabat - Tél.: 05 17 71 77
 ICE: 0014192110000

ANTIBIO SYNTHETIC

46، شارع فرنسا شقة 6 أكادال - الرباط
 محطة القرام شارع فرنسا - قرب سنا克 صاحبى»

الهاتف: 05 37 77 77 80 | GSM : 06 61 13 52 48

46, Av. de France - Appt. 6-Aggad- Rabat
 «Station de TRAM av. de france à côté de snack Sahbi»

المحصول: 06 61 13 52 48

ICE : 001648254000063

E-mail: aminaelmessaoudi@yahoo.fr | INP : 101108694