

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6493

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAHTI JOUTEI HASSANI IBRAHIM KHALIL

Date de naissance : 21-3-1959

Adresse : AVE MY ABDELAZIZ RESID

DAR ET A MAL ETG 4 N° 22 TANGER

Tél. 0666244310 Total des frais engagés : 454,92 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENDALI Ahmed
médecin généraliste
Jirāni
Tél: 05 39 36 03 01

Date de consultation : 28/01/2024

Nom et prénom du malade : TAHTI JOUTEI HASSANI IBRAHIM KHALIL

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bronchite aiguë

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 : 28/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29/01/2014 | 2 | 2 | 2000 DT | Dr. BENDALI Ahmed médecin généraliste 26/03/09 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 28/01/24 | # 254, 20 DH |

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

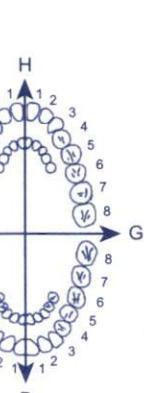
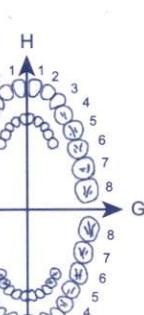
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|---|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| 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 |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

bronchokod DALI
sirop Adultes

tabat

LOT:1185
PER:03/26
PPV:20,60DH

Tanger, le 28/01/2024
طنجة في

الدكتور أحمد بن دالي
الطب العام

خريج كلية الطب بالرباط
الخاصي في الصحة العامة
خريج كلية الطب بفرنسا
(ناسى - فرنسا)

TAHRI Joutey HASSANI BRAHIM KHALIL
139,50
1 - 250 mg 400 mg 250 -
20,60 1 of 1 mg 10 gms
2 Bronchokod Syr 1 Ltr 843 ml
14,50 x 2
3 An Dol 15 x 10 ml
65,10 4 - effervescent 500 mg
254,10 1 gel 13 ml



Dr. BEN DALI Ahmed
médecin généraliste

Tél : 05 39 36 03 00



EXP : 14/50
LOT N° :



EXP : 14/50
LOT N° :

الحاجي الناصي شارع عائدة المسافر زنة رقم 85 رقم 23 - الدار
العنوان: ahmedben.dali35@gmail.com

Deva

زيفلوكس

موكسيفلوكساسين 400 ملغ

Zivlox 400 mg

5 Comprimés
Deva Pharmaceutique



1176
12 2022
65.10 DH
B100044 K4602-0000-0000

6 118000 410041

LOT: M0992
PER: 03/2025
PPU: 139,50DH

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. وأحدى صيدلي مسؤول
144-الطنة الصناعية بعزميل - الدار البيضاء

مضاد حيوي
عن طريق الفم

5 أقراص ملبة

Saccharomyces boulardii CNCM I-745®

ULTRA-LEVURE®

صالح لغاية:
EXP: