

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-451056

AN:18764

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **2673** Société :

Actif **Pensionné(e)** **Autre** :

Nom & Prénom : **BENBIHI Tyani**

Date de naissance : **13/03/1946**

Adresse : **BP 213 51000 El Hefez**

Tél. : **0661 3162 61** Total des frais engagés : **0 DHS**

Cadre réservé au Médecin

Docteur Talbi Ahmed **دكتور طالبي احمد**

MEDECIN GENERALISTE **طبيب علاج عام**

36, Av Hassar **شارع الحسن الثاني** EL HAFIZ **الحفيظ**

05 35 54 30 88 **هاتف: 05 35 54 30 88**

Cachet du médecin : **30 JAN. 2020**

Date de consultation : **12/12/2019**

Nom et prénom du malade : **Benbahi Tyani**

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : **HIA**

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 : **EL Hafez** Le : **12/12/2019**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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
12/12/2019			12000	INP : 131132087 Dottor Taki Ahmed MEDICIN GENERALISTE الطب العام

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Commissaire	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Nouvelle	05 35 54 30 38	05 35 54 30 38
Mme DOUNYA MOHATTANE	12	
42, AVENUE Hassan II El Hajeb	12	855.10

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	

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Coefficient DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433650
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	[REDACTED]	Coefficient DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur TALBI Ahmed

Médecine Générale

DIPLOME DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE RABAT
DIPLOME D'UNIVERSITE
D'ASTHMOLOGIE

36, Av. Hassan II - EL-HAJEB

Tél. { C. 05 35 54 30 88
D. 05 35 54 34 26

الدكتور طالبي أحمد

الطب العام

**خريج كلية الطب بالرباط
وبليوم جامعي في الربو**

36, شارع الحسن الثاني - الحاجب
الهاتف } 05 35 54 30 88.ع
05 35 54 34 26.م

EL Hajeb, le 12 DEC 2010 الحاجب في

Mr BENBANI Djamel

3x 122.10 Triatec 5mg (364)

SV

→ q 1/1 3m

3x 97.60 Civastin 2mg (364)

SV

→ q 1/1 3m

3x 31.30 Zytopic g 0.05
→ q 2/1 15m

SV

SV

42.804, Levomil g 60g (aw500)
(4n) → q 10m

122.10

59.305, Brevis q 10m

SV

→ q 5

Pharmacie Nouvelle

Mme DOUNYA MOHATTANE

42, Avenue Hassan II
El Hajeb

Tél. : 05 35 54 30 38

122.10

Dr. Talbi Ah
MEDICAL GENERALIST
36, AV. HASSAN II - EL-HAJEB
TÉL. : 05 35 54 30 88
05 35 54 34 26
الهاتف : 05 35 54 30 88
الهاتف : 05 35 54 34 26

PPV 97 DH 60
PER 04/21
LOT 1921-8

31,30

31,30

97160
PPV 97 DH 60
PER 04/21
LOT 1921-8

97160
PPV 97 DH 60
PER 04/21
LOT 1921-8

LOT: CT119M
PER: 06/2023
PPV: 42,80 DH

31,30

59,30

122,10