

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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.



Déclaration de Maladie
MUPRAS N° P19- 059719
RECEPTION 9

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6197

Société : R.A.M 79393

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KARSOUS Said

Date de naissance :

03/06/1961

Adresse :

Tunis 2 N° 29 Rue 4 Benchedid

Tél. : 05 68021309

Total des frais engagés : 390,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ESSOUBI Abderrahim
Omnipraticien
128, Bd Mohamed V Berrechid
Tél: 05 22 33 75 70
06 50 43 56 34



Date de consultation : 05 MAI 2021

Nom et prénom du malade : ICARSOUS Said Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dif. O.R. (migr.)

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 : Benchedid

Le : 05/05/2021

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 Relèvement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/01/2021 | C | 1 | 150,00 | DR ESSOUBI Abderrahim DR. ESSOUBI Abderrahim 128, route de l'Onnipotence 331223315634 06 50 13 56 34 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| AMILL Bouchaib Pharmacie Ouled Hriz Bd. Mohamed V, Berrechid Tél: 0522 33 73 51 INPE: 06 2047295 | 15/01/2021 | 240,00 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|--|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| <img alt="Dental chart showing teeth 1-8 in arches A-G. A cross is drawn through teeth 4-7 in arches C and F. A circle is drawn around teeth 1-2 in arches A and D. A square is drawn around teeth 3-6 in arches B and E. A triangle is drawn around teeth 7-8 in arch | | | | |

- 5 Mai 2021

Berrechid, le

Nom : KARSOUS
Pds : 80 SSST
TA : <

Dr. Abderrahim ESSOUBI
Pharmacie Ouled Hriz
24, Bd Mohamed V, Berrechid
Tél: 0522 33 75 51
INPE: 062047295

107,40 1S

NASAORT
21 215 mg

84,40 1S

TOPICER
1 gel sur les
2 mois

78,20 1S

LONGUS 9 (86 30)
1 op 1 gni.
Le mat

840,00 DR. ESSOUBI

Abderrahim
OMNIPRATICIEN
ECHOGRAPHIE GENERALE
128, Bd Mohamed V Berrechid
Tél: 05 22 33 75 70
06 50 43 56 34

78,20
PPV: 78DH20
PER: 10/22
LOT: J2862

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain seba Casablanca
Nasacort 56 ug, spray b 1 fl
P.P.V : 107,40

6 118001 020001

LOT 20002
PER 11/23
PPV 54DH41
54,40

05 22 33 75 70, شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف وفاكس : 128

128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70

GSM : 06 50 43 56 24