

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° W19-459854

15/10/2022

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12574 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT MAHDI LAHCEN

Date de naissance : 16/10/61

Adresse : PERLE DE NOUACEUR II, imme. APP 2

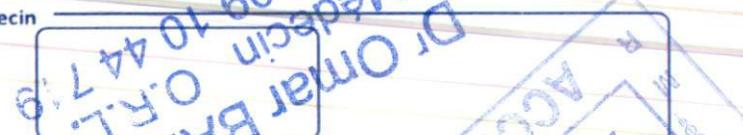
NOUACEUR

Tél. : 06741691526

Total des frais engagés : 491,70 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/10/2022

Nom et prénom du malade : Ait mahdi lahcen

Age : 61

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : hypertension

hypertension

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 : DR. AIT MAHDI LAHCEN

Le : 07/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : Dr. Ait Mahdi Lahcen



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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

07.02.22	622	2	200,00	INP : 09 09 AD 44 Medecin O.R.L. Omar BAKI
----------	-----	---	--------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Meyrem Noureddine imm 14 L'ARTERIALE PHARMACIE ZOUK MIE Tél : 05 22 53 79 68	07.02.22	291,23

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

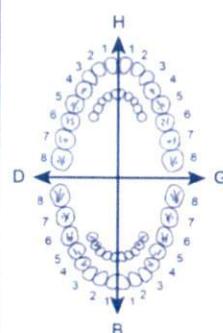
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

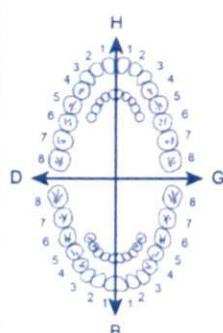
Important :

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 :
-----------------	----------------	------------------	-------------	-------



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

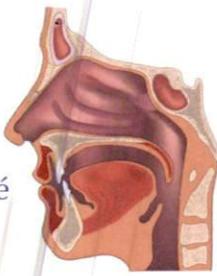
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. Omar BADISS

Oto-Rhino-Laryngologiste

Maladie et Chirurgie du Nez
Oreille - Face et Cou
Coloration et traitement de surdité
Tige - Troubles de la voix
Laryoscopie
Inflammation - Allergie
Chirurgie de la thyroïde



د. عمر باديس
إختصاصي الأذن، الأنف والحنجرة - الوجه والعنق

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف
والحنجرة - الأذن - الوجه و العنق
تشخيص و علاج الصمم
الدوخة - اضطرابات الصوت
الفحص بالمنظار
الشخير و الحساسية
أمراض و جراحة الغدة الدرقية

Deroua, le 22.02.2016

Ait

Tifouli

Lachcen

222.00

Ay natin

SL



CS

x

4H

x

G.

* Selbstem 24

11.00 28



31 Delijne

70



18.95

7



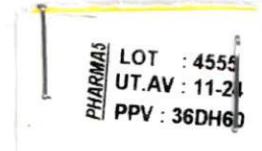
4) Buccothyn

16



29.16

16



تجزئة نورة 5، زحلة بيروت، شقة رقم 3، الطابق الاول (بالقرب من مخبزة بدر الخير) - الدروة

Lot. Noura 5, Rue Badr, Appt N°3, 1^{er} étage - Deroua

Tél. : 05 22 03 61 03 - E-mail : dr.omarbadiss@gmail.com

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL

ADULTE

10 Comprimés

COMPRIMÉ



bott. 5.3

82, Allée des Casanias - Alès-Gébala - Cézalbance
S. Bachouadi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00

PER: 11/24

LOT: K3204



AUGMENTIN

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم...

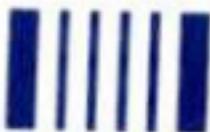
Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 222,00 DH

LOT: 647728

PER: 04/23



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline