

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

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

16561

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *0923 #* Société : *R.F.T. F1*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *LAKHSSASSI ACHMED*

Date de naissance : *01/07/1950*

Adresse : *Lot Oued fes Rue 4 N° 16 FEZ*

Tél. : *06 6183 5328* Total des frais engagés : *731,60 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *30/04/2022*

Nom et prénom du malade : *LAKHSSASSI ACHMED* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *ACOUPLÉS + TITA*

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 : *Tétouan* Le : *30/04/2022*

Signature de l'adhérent(e) :

Abdellah

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
30-4-22	Cx	1	300	Dr. Youssef Ben Abdellah O.R.L. N°14-12511 Av. Sidi Abdellah Mandri N°14-12511 Dr. Youssef Ben Abdellah O.R.L. N°14-12511 Av. Sidi Abdellah Mandri N°14-12511 Tél: 05 39 70 29 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Alami Lot Al Barakat Téluwan N°100 M'diq Tél: 05 39 66 37 66 162094189	30/04/22	431,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

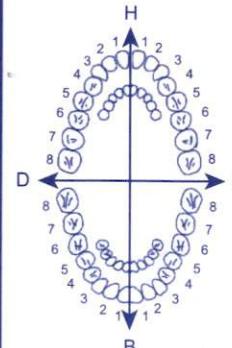
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

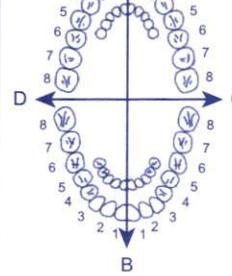


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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

Dr. Youssef Benabdellah

SPÉCIALISTE
NEZ - GORGE - OREILLES
CHIRURGIE - CERVICO - FACIALE
DIPLOMÉ DE L'UNIVERSITE DE BORDEAUX
Sur Rendez-vous

الدكتور يوسف بنعبد الله

اختصاصي في أمراض
الأذن - الحنجرة
جراحة العنق والوجه
خريج جامعة بوردو
بالموعد

Tétouan, le 30.04.2022
تطوان، في

Dr. YOUSSEF BENABDELLAH

15,90 x 4 = 60
1. Coveryl 50 mg / ml 30 ml
15,90 x 4 = 60
2. Efferalgan 500 mg 10 ml
15,90 x 4 = 60
3. Epitex / i si 50 ml

$T = 4 \text{ Bani}$

Pharmacie Banni
Tétouan AV Tétouan
N° 300 M'dia
02 39 66 37 66

Dr. Youssef BENABDELLAH
O.R.L.
14, Rue SIDI AL MANDRI
Tél.: 0539 70 29 99 - TETOUAN

92,00

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

92,00

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg

6 118000 100294

92,00

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

92,00

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



EFFERALGAN® 500 mg

PPV 150H90 EXP 11/2024
LOT 18052 2

16 c

EFFERALGAN® 500 mg
16 comprimés effervescents



EFFERALGAN® 500 mg

PPV 150H90 EXP 11/2024
LOT 18052 2

16

EFFERALGAN® 500 mg
16 comprimés effervescents



EFFERALGAN® 500 mg

PPV 150H90 EXP 11/2024
LOT 18052 2

16 c

EFFERALGAN® 500 mg
16 comprimés effervescents



EFFERALGAN® 500 mg

PPV 150H90 EXP 11/2024
LOT 18052 2

16 c

EFFERALGAN® 500 mg
16 comprimés effervescents

