

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 3ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 26050 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W21-770316

140904

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : **0000484** Société :

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : **BEN DAHMANE RABHA, VEUVE**

Date de naissance :

Adresse : **5, Rue ABDEL AZIZ BOUTEFLKA, APART 7**

Télé. **06 65 99 04 66** Total des frais engagés : **612 Dhs**

Cadre réservé au Médecin **Ben Dahmane Rabha**
Spécialité Orthopédie et Traumatologie
Avenue Med V Rue Sabou N° 15
La Chope Center Bureau N° 4 entrée 1
Kenitra
Tél: 05 50 40 04 03 - Gsm: 06 18 04 48 34

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Ben Dahmane Rabha** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **arthrose de la hanche bilatérale**

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 : **Le 11/01/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **Ben Dahmane Rabha**

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
1909 2009			G	INP : 05185130 Dr Younes Spécialité Orthopédie et Traumatologie Avenue Med. V. P. Séguin N° 1 Dr. Richter Bureau 104 Kenitra 18000 Tél. 0536 834000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PARADIS, BON TAHEM 27/05/2013	19/9/98	618,70

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
		A M	P C	I M	I V	

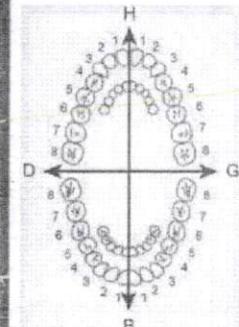
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

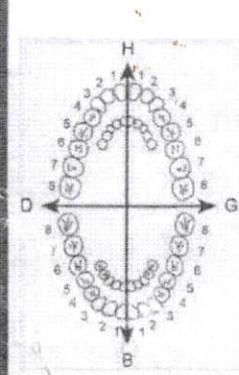
O.D.F.
PROTHÉSES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Chirurgie et Traitement Orthopédique et Traumatologique
- Diplômé de la faculté de médecine de Francfort, Ex chirurgien assermenté et praticien des hôpitaux Allemands
- Chirurgie Arthroscopique - Chirurgie Prothétique
- Chirurgie du Rachis - Médecine du sport
- Traumatologie

- أخصائي في جراحة و علاج العظام والمفاصل
- خريج كلية الطب بفرانكفورت المانيا
- طبيب محلف و جراح سابق بالمانيا
- الجراحة بالمنظار - تعويض المفاصل
- جراحة العمود الفقري - الطب الرياضي
- جراحة الكسورة

Nom : Ben el houssine

Kénitra le : 19.9.22

Prénom : Younès

69,00 - Végétal 15 Creel

42,00 - Colleifix 15
1 - 2 - 1

64,50 - Meelnic 15
1 - - 0

350,00 - Duxplex

99,00 - CP/J
Vedex 20

612,70

LOT 210601
EXP 12/2023
PPV 99.00DH

LOT: M0604
EXP: 11/2024
PPV: 60,00 DH

42,00

PPV: 61DH50
PER: 07/25
LOT: L2659

Dr Younes Touileb
Spécialité Orthopédie et Traumatologie
Avenue Med V, Rue Sebou n°15, 4 ème étage
La Chope Center, Kénitra
Tél : 05 30 40 04 03 - GSM : 06 18 09 48 34

رقم 15 - مركز لاشوب ، زقة شبو قرب محطة شال شارع محمد الخامس ، المكتب رقم 4 - القنيطرة
N°15 , la chope center , rue Sebou en face station shell Av Med V Bureau N°4 entresol - kénitra

Tél : 05 30 40 04 03 - GSM : 06 18 09 48 34



8 435110 860428

Complément Alimentaire, Gélules

CE N° : DA20201507176DMP/20UCA/MAV3

DUOFLEX 60 GELULES
LOT : 220004
PER : 07/2025
PRIX : 350 DH