

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *01303* Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : *JABRI Jihane*

Date de naissance : *30.12.1944*

Adresse : *Lotissement ITAVANE n°13
Californie CASABLANCA*

Tél. : *0663051807* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *17.12.2023*

Nom et prénom du malade : *Jabri Jihane* Age :
Age: 79 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Nez douloureux*

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 : *03/02/2023* Le : *03/02/2023*

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
17/12/2022	consultation	1	820,00	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> PHARMACIE BENOUNI N° 2 RUE EL ABBADY, CASABLANCA, TEL: 05 22 52 27 62	17/12/2022	306,70

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

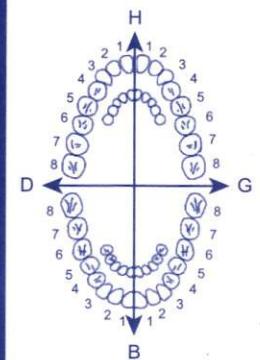
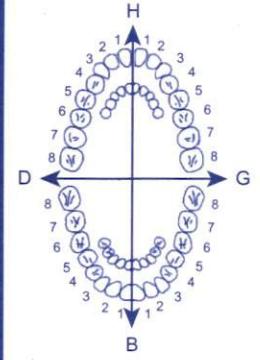
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
31/01/2023	du 29/12/22 au 31/01/23					Kenza EL AWAD Orthophoniste Tel: 01 4000 7241

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G
D				B
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amina BENZAOUIA

Oto -Rhino- Laryngologue

Spécialiste des maladies de l'oreille du nez et de la gorge.
Exploration des Vertiges et surdités
Allergologie - Endoscopie ORL
Chirurgie cervico-faciale
Ancienne interne du CHU Ibn Rochd
Ancienne interne du CHU Pellegrin bordeaux



الدكتورة أمينة بنزاوية
أخصائية أمراض الأنف والأذن والحنجرة

أخصائية في أمراض الأنف والأذن والحنجرة
أخصائية في أمراض وجرح الأنف والأذن والحنجرة والمنق
تشخيص المرض و الدوحة
الشخص بالمنظار الداخلي
طبية داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
طبية داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي لبوردو



7862160342

91 Mohamed Jelni

17/10/2022



7862160342

26,40x3

1 / Denos Thyrox 10 µug qn

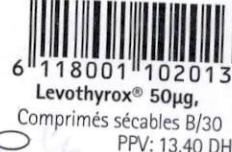
1 qn 1 poft 3 mois

3 mois

13,40x3

91 Denos lunaux 50 µug

S.V



6,80x3

3 / Denos Thyrox 25 µug qn

1 qn 1 poft 3 mois

S.V



7862160335



7862160335

50,60x2

PPV 50.60 DH
LOT E230 PER 11/24

4 / Principio Bg

S.V

1 gr x 3 b nolt 15

37,00

5 / A cethic g

S.V

P.P.V :
LOT :
EXP :

37,00

x 3 b nolt D7

34,7

6 / Zepam 6 mg g

S.V

16770

1 1/2 gr 1/2 nolt 10 giorn

PPV: 34DH70
PER: 05/25
LOT: L1922

TB 306,70

Dr. Amina BENZACIA
Oto-Rhino-Laryngologiste
157, Route Sidi M'hamed
Tel: 0522 78 02 17

صيدلية بنغازي
PHARMACIE BENGHAZI
Rabia EZZAROUNI
N° 2 RUE 8 LOT TANAY California
Casa . Tel: 05 22 78 02 17 62

Docteur Amina BENZAOUIA

Oto - Rhino- Laryngologue

Spécialiste des maladies de l'oreille du nez et de la gorge
Exploration des Vertiges et surdités
Allergologie - Endoscopie ORL
Chirurgie cervico-faciale
Ancienne interne du CHU Ibn Rochd
Ancienne interne du CHU Pellegrin bordeaux



الدكتورة أمينة بنزاوية
أخصائية أمراض الأنف والأذن والحنجرة

أخصائية في أمراض الأنف والأذن والحنجرة
أخصائية في أمراض حراج الأنف والأذن والحنجرة والعنق
تشخيص الصمم والدودة
التشخيص بالمنظار الداخلي
أمراض المخاضية
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي لبوردو

17/12/2008

g. Mohamed Gabi

Kenza EL AWAD
Orthophoniste
Tel: 07 01 31 47 32

10 séances de rééducation

orthophonie
(cure d'esophagisme)

~~Docteur Amina BENZAOUIA
Oto - Rhino- Laryngologue
157 Lotissement Dandoune Sidi Maârouf
Tél : 0522780217
E-mail : benzaouiaamina@gmail.com~~

FACTURE

Facture numéro : FA001/23

Date : 31/01/2023

Nom et prénom : JABRI MOHAMED

Date	Prestation	Prix / prestation	Quantité	Total (Dhs)
29/12/2022	Séance à domicile	400	1	400
03/01/2023	Séance à domicile	400	1	400
05/01/2023	Séance à domicile	400	1	400
10/01/2023	Séance à domicile	400	1	400
12/01/2023	Séance à domicile	400	1	400
17/01/2023	Séance à domicile	400	1	400
19/01/2023	Séance à domicile	400	1	400
24/01/2023	Séance à domicile	400	1	400
26/01/2023	Séance à domicile	400	1	400
31/01/2023	Séance à domicile	400	1	400

Total facture (Dhs) 4.000

Kenza EL AWAD
Orthophoniste
Tel: 01 01 31 47 32