

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° W21-684322

167525

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **4135**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **FAROUK SOUFI**

Date de naissance : **01.04.57**

Adresse : **68, Rue Oued Ziz Apt 12 Agdal**

Tél. : **061 5931 78**

Total des frais engagés : **126,40** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**M. BENABDALLAH
C.E.S. de Radiologie
Centre de la Radiologie et Médecine de l'Unité
"Nouvel Attabili" des Hopitaux de Toulouse
N° 2 Rue Azem - PARIS**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e)

23.6.23



BELEVE 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
23/06/2023	copie G		grat	INP 10202876 de pneumologie Faculté de médecine Université de Paris - Paris Signature : [Signature]

~~EXÉCUTION DES ORDONNANCES~~

Date	Montant de la Facture
23/06/23	125,40

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																		
				MONTANTS DES SOINS []																		
				DEBUT D'EXECUTION []																		
				FIN D'EXECUTION []																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000		D	G		00000000	00000000		35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	D	G																				
	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
				MONTANTS DES SOINS []																		
				DATE DU DEVIS []																		
				DATE DE L'EXECUTION []																		

Dr. BENADADA Jalal

C.E.S. de Pneumo-Phtisiologie
Diplômé de la Faculté
de Médecine de Toulouse
Expert Assermenté près
des Tribunaux

2, Rue Loukili (Place Pietri)
Rabat
Tél. : 05 37 76 81 96 / 05 37 76 62 59

وصفة
ORDONNANCE

الدكتور جلال بنعديادة

خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا
اختصاصي مجاز في الأمراض
الصدرية سل - ربو - ضيقية
وأمراض الحساسية
خبير محلف لدى المحاكم

2, زنقة لوكيلي ساحة بيترى - الرباط
الهاتف : 05 37 76 81 96 / 05 37 76 62 59

Rabat, le

23/06/2007 الرباط، في

NOM et Prénom :

R. BENADADA Thami



3312
FER
PPV | 39,90
C.D.H. 05

39,90

Exomuc

1 sachet x 31 j

85,50

Clazen XL

140 g au répar du son



6 118000 330448

85,50

INP : 101020576 - ICE : 001677924000098

Dr. BENADADA Jalal
C.E.S. de Pneumo-Phtisiologie
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse
Ancien Attaché des Tribunaux de Toulouse
N° d'ordre : Assut - RABAT
Place Pietri - Tel. : 0537 76 81 96

البرلمانية ابن الخطاب
Pharmacie IBN KHATAB
Dr. OSMAN Samira
2, Avenue Omar Ibn Khattab
Tel: 0537 77 57 81 / 0537 68 09