

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M22- 0029324

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5783**

Société : **DAM** **187395**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MIFTAH. Mohamed**

MIFTAH. Mohamed

Date de naissance : **06-02-58**

Adresse :

Tél. : **06.61.31.33.55**

Total des frais engagés : **4339.25** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr HADDOUCH RABII
CHIRURGIE GÉNÉRALE
48 Bd Mohamed V Rue Ibn Rochd 2 Ème Elage Berrebid
06.13.12.01.3

Date de consultation : **22/09/2023**

Nom et prénom du malade : **MIFTAH - DINA**

Age : **2 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Colopathie fonctionnelle

Affection longue durée ou chronique : ALD / ALC

Pathologie

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 : **Oran**

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : **MIFTAH**



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
22/10/2023	C.S.		250,00	 DOUCHEURGIE GÉNÉRALE Dr. M'hamed Thirouf Rabin 1889 Avenue Ibn Rochd 2ème Etage Béni Mellal 061312013

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAYALI Lalla Saida - DOUBA Directeur et Pharmacien 2, N° 99 deroulé	22-09-23	183,10

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 :

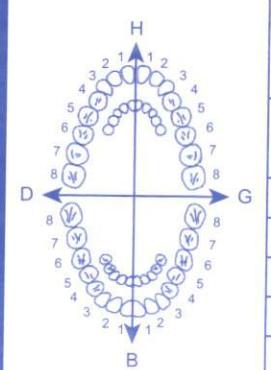
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

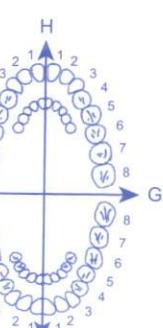
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'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; padding-bottom: 10px;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;"><hr/></td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">D</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;"><hr/></td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p align="center">(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>	<hr/>	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>	<hr/>	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>	<hr/>																			
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>	<hr/>																			
B																				
																				

Dr HADDOUCH RABII

DIPLOMÉ DE FACULTÉ DE MÉDECINE
ET PHARMACIE CASABLANCA
CHIRURGIE VISCÉRALE ET ONCOLOGIQUE
CHIRURGIE HEPATO-BILIAIRE
CHIRURGIE PARIETALE ET HERNIES
CŒLIOCHIRURGIE

الدكتور حدوش ربيع

خريج كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء

الجراحة الباطنية والأورام

جراحة الكبد والمرارة

الجراحة بالمنظار

جراحة الفتقة

Berrechid, le : 22/09/2023 برشيد في :

Miftah Dina

126, 3^e

1/ Zalcoft 50 mg
→ gel/ pdp Δ nab

Bo. 3^o

2/ D

Cine 25000

183, 1^{er}

→ cypant/ nab pdp Δ nab

PHARMACIE LAYALI
Lalla Sana CHABOUBA
Docteur en Pharmacie
Lot. LAYALI 2 N° 44 Béni-

Dr HADDOUCH RABII
CHIRURGIE GÉNÉRALE
48 Bd Mohamed V Rue Ibn Rochd 2^{eme} El Fene
06 13 12013

48. شارع محمد الخامس. الطابق الثاني (فوق سنك أسطنبول) - برشيد

(05 22 03 95 94) 07 11 92 33 77 | CabinetdrHaddouchrabil@gmail.com

PPV: 56,30 DH
LOT: 22J24D.
EXP: 10/2024

A-CURE® AMPOULE



P.P.V
UT AV: 01 2027
126 80

LOT N°: F 0 4 1

6 "118000"250692"



LA THIERRY GENEVE SA
THE MELIORATION
DE LA SANTE DES HOMMES