

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W19-548511

39983

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricole : 0903 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

n° Benhaddouche Lahcen

Date de naissance :

05/01/1943

Adresse :

22, Rue Daraa N° 5 Afdal

Tél. :

05377752

Total des frais engagés : 1137,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENNAHIB-BAITI Anass
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU
15 bis, Appt. N°3, rue Jabal Bouiblane
Agdal Rabat 056 482828 056 37 675 684

Date de consultation :

19/12/2019

Nom et prénom du malade :

n° Benhaddouche Lahcen

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Vertiges posturaux

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.

14 SEP. 2020

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 :

RABAT

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
06/08/20	S		3000 DA	INP : 16M66928

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE C.H.U 16, Avenue Ibn Rochd Tél: 0524 52 25 32 INPE - 0524 52 25 49 06/08/2020</i>	<i>06/08/2020</i>	<i>837,30</i>

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

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																					
	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>																			
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																			
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																			
		O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																		
			<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553
			H		G																
			25533412	00000000	21433552	00000000															
			D		B																
00000000	35533411		00000000	11433553																	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					
[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																					



06/08/2020

MR BENHADDOUCH LAHCEN

- **Tangahil 500 mg - comprimé**
2 comprimés, matin, soir, pendant , 10 jours
 - **Agyrax 25 mg - comprimé**
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant , 10 jours Commencer par un comprimé le soir puis un comprimé matin et soir pendant deux jours puis trois comprimés par jours
 - **Tanakan 40 mg - comprimé enrobé**
1 Comprimé matin, midi et soir 3 mois

Hepanat

skip 13

837.30

15، مکران، الشقة رقم 3، الطابق الأول، زنقة جبل بوبيان، أكدال - الرباط

15 bis, Appt n° 3, 1^{er} étage, rue Jabal Bouiblane, Agdal - Rabat
05 37 67 56 84 dr.a.bennani@gmail.com 06 61 48 78 28

INPE : 101166908 ITP: 257 300 39

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

728866 Tanganil® 500 mg
تاغانيل® 500 ملغ
30 comprimés قرص 30
VTE : MA - PPV : 51DH00
6 118001 183340

LOT 200901

EXP 03 2023

PPV 25 00

25,00

728866 Tanganil® 500 mg
تاغانيل® 500 ملغ
30 comprimés قرص 30
VTE : MA - PPV : 51DH00
6 118001 183340

هيبيانات

40 قرص

A consommer de préférence avant fin

Lot n°

69,60 DH
02/2023
W0502

Via delle
Importé et
Benz