

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.

M22- 0048266

160340

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1864** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre : **RETRAITÉ**

Nom & Prénom : **KOUTANI MOHAMMED**

Date de naissance : **1945**

Adresse : **CITE HASSANI Raya 528 N°947 CASA**

Tél. **0529992121** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INP : 091019786

Date de consultation : *11 MAI 2023*

Nom et prénom du malade : **KASSEDE Fatima** Age: *78*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Masalat Ruyaf zell ale**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *11 MAI 2023*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *11 MAI 2023*

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : *11 MAI 2023*



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 Relais de l'Acte
05.05.23	C 2		300 DH	<i>Docteur BENABREU</i> <i>Endocrinologue</i> <i>Angle route d'Alzey</i> <i>Site communal N° 10, 1er</i> <i>Imm. Communal N° 10</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PARIS 05/05/23</i>	05/05/23	1464,00
<i>PARIS 05/05/23</i>	05/05/23	150,00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Dental arch diagram showing teeth numbered 1 to 8 on both upper and lower arches, with a horizontal axis labeled D, G, B and a vertical axis labeled H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S				

Docteur. BENABBES TAARJI F.Z

Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol

Traitements de l'Obésité - Maigreur

Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V
Sur Rendez-Vous



الدكتوره فــ زين عباس (المعارج)

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس الموعد

ORDONNANCE

KASSEDE fatime.

lengthwise 80
6.80 x 2

13.40

1 cap h

9

479,00 x 3

Jin d'enee Wu

Angle Route d'Azemmour &
Médiathèque de la Marne

Docteur BENABDERRAHMANE TAARJI F.Z.
Endocrinologist
10, rue de la République
1000, Tanger
Tunisie

Angie S. Dr. Imm Communal N.Y. 2881 T

PARA VOUS

Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1^{er} Etage (à gauche)
Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence) : 0522 90 07 85 / 0661 08 15 48 - E-mail : drbenabbes@hotmail.fr

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

KOUTANI MOHAMMED

Matricule :

N° CIN : *B 79683*

Adresse :

CITE MASSANI Raja 528 . n° 947 CASA

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE : *001697716000085*

N° INPE : *INP : 091019786*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Brasste + Dysfonction

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Ven crâne

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casa* le *05/05/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :



Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

PARA4YOU

FACTURE N° FA 20230505

DATE : 05/05/2023

CLIENT: Mme KASSEDE FATIMA

Bd Ibnou Sina N° 8 Résidence Assaada, Hay Hassani .

Tel : 0522890985 E-mail : para4you1@gmail.com

Casablanca

MAROC

DESIGNATION	Qté	P.U/DH	TOTAL
BANDELETTES ON-CALL PLUS/25	2	75,00	150,00


PARA4YOU
Casablanca
Tél: 0522890985

TOTAL à payer/DH

150,00

Arretée la presente facture à la somme de CENT CINQUANTE DIRHAMS

SARL AU CAPITAL SOCIAL : 200.000,00 DH - I.F : 40215764

CNSS : 8484595 - PATENTE : 37988931 ICE:000222230000016