

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-760928

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10821 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : MOUFID SIHAM
Date de naissance : 04/04/1976
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : 89620 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 28/12/23
Nom et prénom du malade : MOUFID SIHAM Age :
Lien de parenté : Lui-même conjoint enfant
Nature de la maladie : fissure anale
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 : CRSA
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

RELEVÉ 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
28/12/23	n	-	300 dh.	INP : 161166598

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Dispensateur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL BARBARA 2 Place de Koweïl - Tanger Tél: 05 38 38 60 68 - 05 39 37 14 20	28/12/23	298,80

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES	Traités	Non traités	Coefficient des Travaux														
			MONTANTS DES SOINS														
			DEBUT D'EXECUTION														
			FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des Travaux														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	[Creation, 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															

oie orale

RAISSOUNI

Gastro entérologie
Gastrologie
E - Échographie

Université de Rabat - Diplômée
en Gastroentérologie
Ancienne interne des
Maladies Médecin à l'hôpital
Médicins Médecin à l'hôpital
Médicins Médecin V de Rabat

PPV :
LOT :
PER :
EXP :

30,00

LOT: 4321
PER: 05/2
PPV: 42DH

B.No : 00879
MFG : 05 2023
EXP : 04 2028

13,80

بمستشفيات
ابن سينا وبال



TANGER le : 28/12/2023

Mr MOUFID SIHAM
Né (e) le 04/04/1976 47 ans 8 mois 24 jours

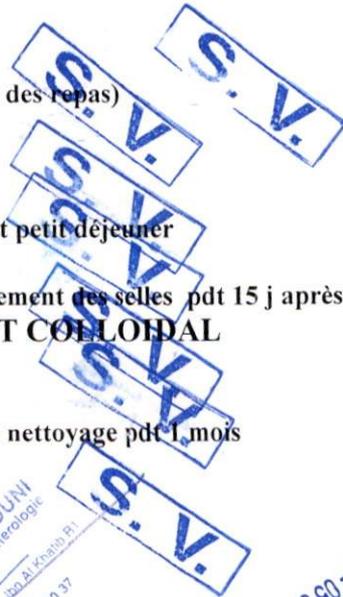
ORDONNANCE

- 30.00 NURODOL 400 M
1 cp x 3 /j pdt 10 j (au cours des repas)
- 37.00 DUOXOL
2 cp x 3/j pendant 5 j
- 42.00 OMIZ 20 MG
1 gel /j pdt 14 j 30 min avant petit déjeuner
- 36.00 OSMOLAX SIROP
1 cui à 3/j jusqu'à ramollissement des selles pdt 15 j après repas
- 13.80 POMMADE A L'ARGENT COLLOIDAL
1 appx 2/j pdt 5 jours
- 140.00 MEBO CREME
1 app intra-anale x2/j après nettoyage pdt 1 mois

298.80

Dr. FERHADOUS RAISSOUNI
Spécialiste en Hépatite/Gastroentérologie
1^{er} étage - 38 - Tanger
Rue Al Moetamid Ibn Abbad, Imm. Ibn Al Khatib B1
Tél./Fax : 0539 34 33 42 / 06 64 88 97 88

Dr. FERHADOUS RAISSOUNI
Spécialiste en Hépatite/Gastroentérologie
1^{er} étage - 38 - Tanger
Rue Al Moetamid Ibn Abbad, Imm. Ibn Al Khatib B1
Tél./Fax : 0539 34 33 42 / 06 64 88 97 88



Pharmacie AL BARAKA
Jamilia ZINATI
2 Place de Koweïl - Tanger
Tél.: 0539 33 60 88 - 05 39 37 14 20
Pharmacie AL BARAKA
INPE : 162004188

9. زنقة المعتمد بن عباد عمارة " ابن الخطيب ب " الطابق الأول رقم 38 طنجة
9, Rue Al Moetamid Ibn Abbad. Imm. " Ibn Al Khatib B ", 1^{er} étage N° 38 - Tanger
Tél./Fax : 05 39 34 33 42 / 06 64 88 97 88 : الهاتف / الفاكس
البريد الإلكتروني : docraissouni@gmail.com

DUOXOL 500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés

عقار من 20 قرصا

37,00

36,00

Handwritten notes in Arabic script, including the word "مبلغ" (Amount) and "القرص" (Tablet).