

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-761486

Maladie

Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1371 Société : R.A.M 1923A

Actif

Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

B.GHIEL AHMED

Date de naissance :

04-01-1951

Adresse :

BRANESS TI SAADATI RUE FORET D'IMLOU MAZIGUE n° 16 TANGER 90100

Téléphone : 0661202991 Total des frais engagés : 738,80

Cadre réservé au Médecin

Dr. Benmassaoud Said
 Médecine Générale
 Avenue Agadir Val Fleuri
 Tanger
 Tel: 05 39 33 44 44

Cachet du médecin :

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'at

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 18 JAN 2024 Le : 1/1/2024

Signature de l'adhérent(e) : B.Ghield Ahmed

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-761486

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 1371

Nom de l'adhérent(e) : B.Ghield Ahmed

Total des frais engagés : 738,80

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
18 JAN 2024	C	1	1200 Dhs	Dr. S. Massaoud Said INP : 561021278 Medecine Générale T.C. 0539334444 Avenue Agadir Val Fleuri Bouarif 0539334444

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie FAYNA FORUM MGHAROUI Tél: 0539 311 866 - Branes 2 INPE : 163085893	18.1.24	538,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

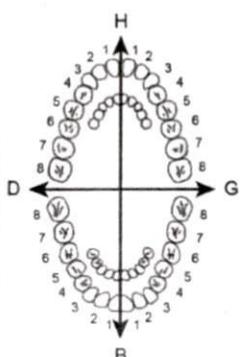
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Said Ben Messaoud

Médecine Général



الدكتور سعيد بنمسعود

الطب العام

N° 1391

Tanger, le طنجة، في

W 21. 76 / 486 18 JAN 2024

160.00

Bogiel Allee

SV

1. Chien ♂ sv

61.00

✓ ap 1m

2. Tondre ♂ sv

SV

Pharmacie FAYNA
Forêt Maamora n°3 - Br. Branes 2
AMGHARONAR
Tel : 0539 31 8599 - Tanger
INPE : 62085523

3. Scott ♂ sv

SV

101.60 3 kg wkt
 $\times 2 = 203.20$ legid q 7 kg SV

61.00

✓ ap 2 kg

4. Clartee q sv

SV

Dr. Benmassaoud Said
Médecine Générale
18 Avenue Agadir Val Fleuri
Tanger Tel.: 05 39 33 44 44

حافظوا على هذه الوصفة

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés sécables
PPV : 160.00 DH
6 118000 191001

LOT N°

UT. AV :

34120

PPV (DH) :

Prednisolone 20 mg
20 Comprimés effervescents sécables



6 118000 340001

LOT 107056/FC19
PER 02/2026
PPC 67,90

Sans alcool - Cassis



6 111255 810413

LOT
EXP
PPV

231316
04 2026
107.60

Stagid® 100 mg
100 comprimés sécables



6 118000 021292

LOT 231498
EXP 04 2026
PPV 107.60



6 118000 021292

LOT : 5994
PER : 07 - 26
P.P.V : 61 DH 00

boîte de 30 comprimés



6 118000 091370

Mle 1391

W21-761486