

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.



Declaration de Maladie

N° W21-761486

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **1371**

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

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BGHIEL AHMED**

Date de naissance : **04-01-1951**

Adresse : **BRANESSI SARDA RUE FORET D'IPLOMAHQUE n° 16 TANGER 90000**

Tél. : **0661202991** Total des frais engagés : **738,80**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : **Dr. Benmassaoud Said**

Cachet du médecin : **18** **Médecine Générale** **Avenue Agadir Val Fleuri** **Tanger** **Tél: 05 39 33 44 44**

Date de consultation : **18 JAN 2024**

Nom et prénom du malade : **Bghiel Ahmed** Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Diabète**

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. médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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.

VOLET ADHERENT

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) : **BGHIEL AHMED**
Total des frais engagés : **738,80**

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
18 JAN 2024	CA			Dr. Benmassaoud Said Médecine Générale Avenue Agadir Val Fleuri Tél: 05 39 33 44 44

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie FAYNA Forêt Maamora n°37 - Branes 2 Tél: 0539 311 889 - Tanger INPE: 162085875	18-1-24	538,80

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>B</td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
		B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Saïd Ben Messaoud

Médecine Générale



الدكتور سعيد بن مسعود

الطب العام

File 1371

Tanger, le طنجة، في

W 21.16/486

18 JAN 2024

160,00

Bglier Aluco

1. Clavil 500 (SV)

~ 120g

67,50

2. Touder 8ml

~ 120g

34,70

3. Scot 200g

3 gels wati

107,60

$2 = 215,20$
Stegid

~ 120g

61,00

~ 20g

F. Clarte

~ 120g

538,80

Pharmacie FAYNA
AMGHAR ROMAR
Forêt Maamora n°3 - B-Branes 2
Tél : 0539 31 859 - Tanger
INF : 162085823

Dr. Benmassaoud Saïd
Médecine Générale
Avenue Agadir Val Fleuri
Tanger
Tél : 05 39 33 44 44

حافظوا على هذه الوصفة

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés amovibles
PPV : 160,00 DH
6 118000 191001

LOT N°

UT. AV :

3412e

PPV (DH) :

LOT
EXP
PPV

231316
04 2026
107.60

Stagid 700
100 comprimés sécables

6 118000 021292

Prednisolone 20 mg
20 Comprimés effervescents sécables

6 118000 340

LOT
EXP
PPV

231498
04 2026
107.60

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

Sans alcool
- Cassis

6 111255 810413

6 118000 021292

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

boîte de 30 comprimés
6 118000 091370

Mle 1371

w21-761486