

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 canalaire, 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 canalaire.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

### 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.

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

W21-842437

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1922

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ECHAZI BI MOHAMMED

Date de naissance :

01/06/1952

Adresse :

HAY ALLAL IMMF 1ER ETAGE AVENUE 1ER KHAISIR

TÉS

Télé. :

0525 60 83 47 Total des frais engagés : 289,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

20/02/2019

Age : 71

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

3 maladie

Affection longue durée ou chronique :

ALD  ALC

Pathologie :

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 :

TÉS

Le : 20/02/2019

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

W21-842437

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1922

Nom de l'adhérent(e) : ECHAZI BI

Total des frais engagés : 289,90

Date de dépôt :

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
20/04/24	L	C	100.	V

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AL-KHAFRA SARL BENYOUNES KORFAN ALKHAFRA - TUNISIA - HKEF - HIS Tunisie - 14 BIS - 1991 00111</i>	20/02/26	39.90

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

— VOLET ADHERENT

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

# CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE

**Docteur Mohammed Bouayad**  
Diplômé de la faculté de Médecine de Nancy-France  
**Spécialiste**  
des Maladies de l'Appareil Respiratoire  
D.U. de Pathologie Respiratoire  
Professionnelle et Environnementale  
Diplôme de Pathologie de sommeil  
Asthme, Allergie Respiratoire, Tuberculose  
Ronflement - Apnée de Sommeil



الدكتور محمد بوعياد

خريج كلية الطب ببنانسي - فرنسا

اختصاصي

في أمراض الجهاز التنفسى والحساسية

شهادة جامعة لأمراض الجهاز التنفسى المهنية والبيئية

دبلوم تشخيص ومعالجة انقطاع التنفس أثناء النوم

الضيق، الحساسية،

داء السل، الشخير

## PLETHYSMOGRAPHIE CORPORELLE

Fès, le ..... فاس، في:

20/02/2024

**MR ELAZAIZI MOHAMMED**

39,90

### 1. EXOMUC sachet

1 sachet 03x/jour, après repas, 10 jours



TRÉ PHARMACIE AL KORACHI  
SARLAU SANAH BEN YOUSSEF AL AZHAR  
JUN AL KHARZI FES  
RTE AL MANSOURA FES  
Tél: 05 35 93 23 73  
Fax: 05 35 94 97  
Tunisie 10000

\* Dr Mohammed Bouayad  
Pneumologie Allergologie \*  
\* 38 Rés. Tlemceni V Magasin Au Derby - Fès  
\* LOT 23010  
PER MAI 25  
PPV 390H90

LOT 23010  
PER MAI 25  
PPV 390H90

39,90

06 61 14 72 28

38، إقامة التلمساني شارع محمد الخامس (متجر أو ديربي) فاس - الهاتف : 05 35 94 06 66 - الفاكس : 05 35 93 23 73  
38, Résidence Tlemceni Boulevard Med V(Magasin Au derby) - Fès Tél.: C: 05 35 93 23 73 - Fax : 05 35 94 06 66