

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-671115

Gourmel

120124

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : R A M

Matricule : 07731 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ABDELAZIZ

Nom & Prénom : TABIE BEN SLIMANE

Date de naissance : 1957

Adresse : Rue KHALIL AL ARABI - Ziten - Tanger

Tél. : 06 97530515 Total des frais engagés : 278.30 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : Dr. HADDAD HACNIMI Med.

Cachet du médecin : Médecine Générale
63, Rue de Hollande N°1
Tél.: 05 31 93 85 05 - Tanger

Date de consultation : 12/06/2022

Nom et prénom du malade : TABIE BEN SLIMANE Age : 65

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

Nature de la maladie : Dorsalg.

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 : _____ Le : _____

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-671115

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 : 07731

Nom de l'adhérent(e) : TABIE BEN SLIMANE

Total des frais engagés : 278.30

Date de dépôt : 20-06-2022

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
13/06/22	C1	1	2000	INP : 161670180 Dr. HADDAD HACHIMI Med. Médecine Générale 63, Rue de Hollande N°1 Tél.: 05 33 99 85 05 - Tanger

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAQUINI ZIATEN LAQUINI LAILA ZIATEN - Tanger Tél: 05 31 06 75 11	13.06.2022	78,30

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	

VOILET 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 pratique en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	25533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	25533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. Mohammed HADDAD HACHIMI

MEDECINE GENERALE

63 Rue de Hollande N°1

Tel : 05 39 93 85 05

TANGER

الدكتور محمد الحداد الهاشمي

الطب العام

63 شارع هولندية رقم 1

الهاتف 05.39.93.85.05

طنجة

Nom : Tabit_benslimane abdelaziz

Date : 13/06/2022

99.00

1/2] Cédol_cp : un(e) cp. matin et soir QSP dix jour(s)



5630

Walla

2/2] D_cure_amp.buv 25.000 ui : un(e) amp. tout les 15 jour(s)

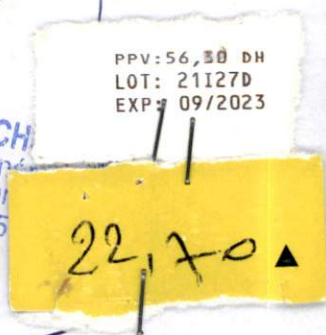


78.30

Dr. HADDAD HACHIMI
Médecine Générale
63, Rue de Hollande
Tél.: 05 39 93 85 05

PPV: 56,30 DH
LOT: 21127D
EXP: 09/2023

PHARMACIE
LAAOUINI ZIATEN
Dr. LAAOUINI LAILA
Hay Ziaten - Tanger
Tél: 05 31 06 75 12



PHARMACIE LAAOUNI ZIATEN

3701 QAU ZIATEN 1A ANC TANGER

DR LAILA LAAOUINI
IF : 33660000
ICE : 002201698000022

R.C :96717

Patente:

T.V.A :

Tél : _____

Le 13/06/2022

FACTURE N°31524

TABIT BENSLIMANE ABDELAZIZ
<CLIENT DE PASSAGE>

[illegible]

**Arrêté la présente facture à la somme de :
Soixante-dix Huit Dirhams et 30 centimes.**