

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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

Nº W21-621388

141028



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1512	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>benmousi tsi mohamed</i>
Nom & Prénom : benmousi tsi mohamed		Date de naissance : 1951	
Adresse : TARIC EL KHEIR Rue 12 lot 27 Ap. 8 benmousi casa.		Tél. : 0661422002 Total des frais engagés : 1025,20 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="text-align: center;">  Dr. ABDESSAM BENADADA MEDECINE GENERALE الطب العام طريق الشرف 8 شارع 4 مدين الفرونسي - الدار البيضاء GSM 05 22 72 90 00 Mobile: 05 91 07 24 12 </div>			
Date de consultation : 29/11/2022	Nom et prénom du malade : LAKHOITRI Saidia Age : 1960		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant BIAOUCHILLE S + S + hyperchel		
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'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur mon 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 : **CASABLANCA**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **16/12/2022**

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
29/11/99	C	21	169-	INP : 0910205UT Signature : G
				09/10/99 09/10/99 09/10/99 09/10/99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ESSEHAI MARABOUT BENNANI TUNISIA	29/11/92	865,90

ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

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
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdessamî BEN ADADA

Médecine Générale

Diplôme Médecine du Sport



الدكتور عبد السميم بن اعجلة

الطب العام

دبلوم الطب الرياضي

Casablanca, le: 29/11/1992

PPV 34DH70

EXP 12/2024
LOT 11/054 11

34DH70 - Pechyl 100ml
154DH70 - Ecoelarly 100ml

9940x2
- Boafia 150 ml. D.

2280x2
- Cathyl 150 ml

1850
- Saffi 250 ml

14740
- Repat 100ml

9900 - Coës 20 100ml

Lot N° : 22009
Exp : 01/25
PPV : 154DH70

Lot N° : 0105504
Fab : 07/2021
Per : 07/2024
PPV (Dhs) : 99,40

Lot N° : 0103805
Fab : 06/2021
Per : 06/2024
PPV (Dhs) : 99,40

LOT : 22E002
PER : 30/12/2025
CORTANCYL 5MG
CP SEC B30
P.P.V : 22DH80
6 118000 060345

LOT : 22E003
PER : 30/12/2025
CORTANCYL 5MG
CP SEC B30
P.P.V : 22DH80
6 118000 060345

LOT: GB20166
PER: 12/2023
PPV: 185 DH 00

emoussi C

24 12

PPV: 147DH40
PER: 04/24
LOT: L1376

06 61 07 24 12 - 05 22 73 96 06:

16, Rue 4, Dessus Hammar

Tél : 05 22 7

7061 865.20

LOT 211316
EXP 04/2024
PPV 99.00DH