

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 |

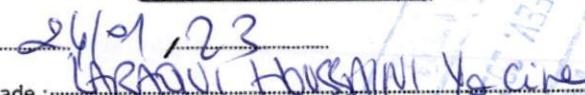
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-684758

147742

| | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> A |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : <u>6448</u> | Société : <u>RAM</u> | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : <u>LARQUI HOUSSAINI DRISS</u> | | | |
| Date de naissance : <u>07-08-66</u> | | | |
| Adresse : <u>3 lot Karam B² Neque</u> | | | |
| Tél. : <u>0661.33.50.07</u> | Total des frais engagés : | | |

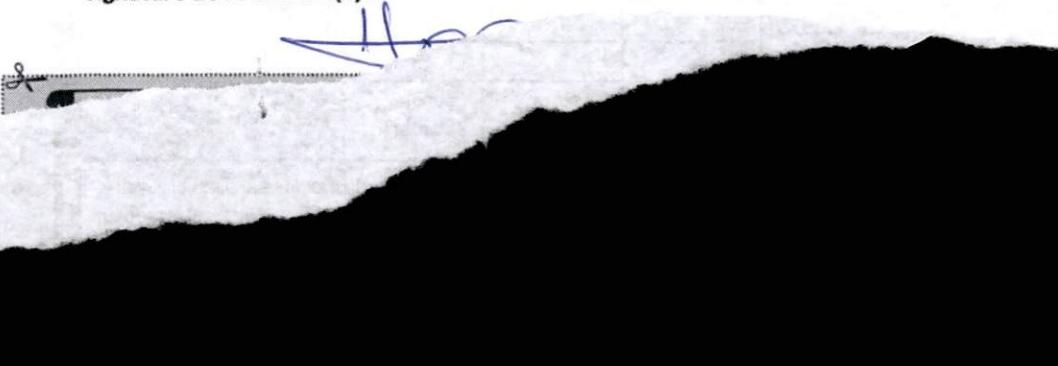
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin | DR. EL GHRARI Kenza Dermatologue Rés. Houssam Jassim, 175 Rue Boukrâ 2ème étage - Casablanca Tél : 05.22.47.47.12 |
| Cachet du médecin : |  |
| Date de consultation : | <u>26/01/23</u> |
| Nom et prénom du malade : | <u>LARQUI HOUSSAINI Ya cire</u> |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfan |
| Nature de la maladie : | <u>Affection dermatologique</u> |
| 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'adjudicataire. | |

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 : Casablanca Le : 26/01/23

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 24/01/23 | Q | | 300 | INP 109101028433 Dr. BOUKAZEM JASSIM DENTISTE Boulevard GHRARI Kéfala Tel : 05 22 52 27 62 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE BENGAZI Tunisie - Tel: 05 22 52 27 62 | 31/01/2023 | 198,50 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | 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.

Important :
Veuillez joindre les radiographies

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Soins | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|---|--|-------------------------|
| | | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | 25533412 21433552 00000000 00000000 | |
| | D | 00000000 00000000 35533411 11433553 | |
| | B | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS | |
| | | DATE DU DEVIS | |
| | | DATE DE L'EXECUTION | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Casablanca, le

24 juillet 2023

LARAKUI HOUSSAMI
Vaccine

23,90

- Diproleene **S.V.**
1 séc sur les lésions + 10 jours
→ 1 séc h + 10 jours

87,30 x 2

- Demofix crème **S.V.**
1 fl/5 entre les orbites + 2 semaines

- Seligman gel dessiné
pour faire la cicatrice

87,30

87,30

LOT 22006
PER 03/25
PPV 870H30

10198,50

بنتفون
PHARMACIE BENGAZI
N° 2 Rue EZZAHROUNI
Casab. Tel: 05 22 52 27 62

R.D.C.
Dr. EL GHRARI Kenza
Dermatologue
Rés. Houssam Jassim, 175 Rue
Boukrâa, 2^{me} étage - Casablanca
Tél: 05 22 47 47 13