

## 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

- |                                                           |                       |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-551773

153194

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 4135

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FARHADOU THAMI

Date de naissance : 01.04.57

Adresse : CF RUE OVED ZI Z ALPTE 12 FLOOR

Tél. 0661.593178 Total des frais engagés : 341,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur BENADADA Jalal**  
Pneumologie - Allergologie

Date de consultation : 06/02/2018

INPES : 101020576

Nom et prénom du malade : JAPPELARD Thami

TC : 001677924000096

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Spondylite cervicale**

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 : 06/02/2018

Le : 06/02/2018

Signature de l'adhérent(e) : G/1

## 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                                          |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 06/02/23        | Consultation      | 6                     | grat                            | INP : 10102105776<br>Docteur BENAISSI<br>Pneumologie - Allergologie<br>INPE : 101020000096<br>Signature |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                         |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                         |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                         |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

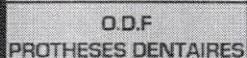
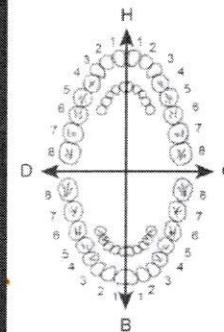
| Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur                                                                                               | Date     | Montant de la Facture |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| PHARMACIE MODERNE<br>S.R.L D'ASSOCIATION<br>Babu AL Adouya - 823. Ksar<br>Babu 82 / 05 37 68 09 7006/02/23<br>27 77 23 54<br>02043494 | 06/02/23 | 341,70                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### VOLET ADHERENT

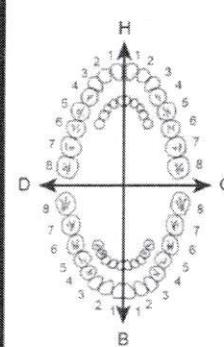
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

### [Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

## FIN EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

**Dr. BENADADA Jalal**  
**C.E.S de Pneumo-Phthisiologie**  
**Diplômé de la Faculté**  
**de Médecine de Toulouse**  
**Expert assermenté près**  
**des Tribunaux**

2, Rue Loukili (place Pietri)  
 Rabat

☎: 05 37 76 81 96 / 05 37 76 62 59

وصفة  
 ORDONNANCE

الدكتور جلال بنعذادة  
 خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا  
 اختصاصي مجاز في الأمراض  
 الصدرية سل ربو - حنفية  
 وأمراض الحساسية  
 خبير محلف لدى المحاكم

زنقة لوكيلى ساحة بيترى - الرباط  
 05 37 76 81 96 / 05 37 76 62 59 : ☎

Rabat, le : ..... 06 (02) 2023 ..... الرباط في:

Nom et Prénom: FARETT ADD Thaâli

101 22012  
 1 FR OCT 24  
 FPPV 390 DH 90

Exomine

1 tablet x 3 (i)

1 hui 39,90

Claril 500

1 cp x 2 (i)

1 hui 160,00

PPV:

EXP:

Lot N°:

47,80

Dazen

1 cp x 3 (i)

1 hui 47,40

Mu'ns febral

1 gelule x 3 (i)

1 hui 14,30

Azix 500

Doctor BENADADA Jalal  
 Pneumologie Allergologie  
 INPE: 101020576  
 I.C.E: 001677924000096

79,70  
 341,70

PPV (DH):  
 221063  
 LOT: : 10/2025  
 EXP: : 14/30 DH  
 PPN: : 611800191001  
 UTAV: :

PPV 790 DH 70  
 PER 16/05  
 LOT 12600

INPE: 101020576

ICE: 001677924000096