

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 A, D 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="radio"/> Réclamation | contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | pch@mupras.com |
| <input type="radio"/> Adhésion et changement de statut | adhésion@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° W21-664842

160508

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : <u>1494</u> | Société : <u>RAM</u> | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | <u>BEN KADOUR NOSTAPHA</u> |
| Nom & Prénom : <u>BEN KADOUR NOSTAPHA</u> | | | |
| Date de naissance : <u>03-06-1954</u> | | | |
| Adresse : <u>13, Rue Chara</u> | | <u>BAOLABAN ETG 2 N° 6</u> | |
| Tél. : <u>06 33 30 33 63</u> | | Total des frais engagés : <u>2296,70 + 300</u> Dhs | |

| | | | |
|---|---------------------------------|--|--|
| Autorisation CNP/N° : | Cadre réservé au Médecin | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| <i>Dr. DEL AMRAU Psychiatre Psychothérapeute El Bahal El Meskini - Casa Casablanca 22306662</i> | | | |
| Date de consultation : <u>03/03/2013</u> | | | |
| Nom et prénom du malade : <u>BEN KADOUR NOSTAPHA</u> Age : <u>60</u> | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : <u>Troubles mentaux</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'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 : 03/03/2013 Le : 03/03/2013

Signature de l'adhérent(e) :

M. Bouzaa

VOLET ADHÉS



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/03/23 | S | | 300,00 | INP: 0910177922 |
| | | | | D.D. El Amine Psychiatre Psychoterapeute Dr. El Amine Meskini - Casablanca tel: 05 22 30 66 62 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| AL-AOUY FDILI Mostafa Pharmacie de Lorraine Mostafa 52, Bd. Raphaël El Meskini - A.R.L. Tel.: 0522 26 35 40 / 0522 22 27 96 Tél: 0023670100094 | 15/03/23 | 2269,70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

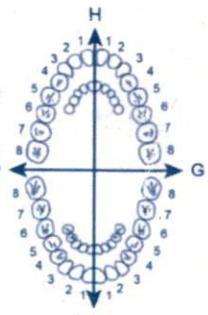
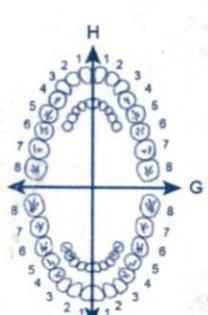
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

| | |
|--|---|
| SOINS DENTAUX | DES TRAVAUX |
| | MONTANTS DES SOINS |
| | DEBUT D'EXECUTION |
| | FIN D'EXECUTION |
| | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | MONTANTS DES SOINS |
| | DATE DU DEVIS |
| | DATE DE L'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |
|  | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G 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 Driss El Amraoui

Psychiatre

Ancien Assistant Spécialiste
des Hôpitaux de France (Paris)
Tél. : 05 22 30 66 62

دكتور ادريس العمراوي

إختصاصي في الأمراض النفسية والعصبية
طبيب إختصاصي مساعد سابق بمستشفيات
فرنسا (باريس)
الهاتف : 05 22 30 66 62

Casablanca

15/03/2023

الدار البيضاء، في ..

Traitement pour :

39، شارع رحال المسكيني - الطابق 4، شقة 8 (مصعد) - الدار البيضاء أنفا

39, Bd. Rahal El Meskini, Apt N° 8 - 4^{ème} étage (Ascenseur)) - Casa - Anfa

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70

LOT 223841 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70

PPV 130DH20
PER 12/24
LOT L4239

PPV 130DH20
PER 12/24
LOT L4240

PPV 130DH20
PER 12/24
LOT L4239

PPV 130DH20
PER 12/24
LOT L4240

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V :56DH60
PER .06 2026
LOT :22E004
6 118000 061465 0

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V :56DH60
PER .06 2026
LOT :22E005
6 118000 061465

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V :56DH60
PER .06 2026
LOT :22E004

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V :56DH60
PER .06 2026
LOT :22E005
6 118000 061465 0 5

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70

LOT 223841 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70

98,30

LOT 223841 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

98,30

LOT 223841 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

98,30

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70

98,30

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70

98,30

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70

PPV 130DH 0
PER 10/24
LOT L3487

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70

PPV 130DH 0
PER 12/24
LOT L4240

LOT 223841 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70

LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70