

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ 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° W19-566143

171529

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 01694

Matricule : 01694 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ADIB Abdessahman

Date de naissance : 30-06-1950

Adresse : WAFA 3 imm 21 Apt 5 OULFA

Tél. : 0661429250 Total des frais engagés : 1313,45 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INP : 091019786

INP : 091019786

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : AIT HADJI KHAOUDOUIS Age: 65

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Drasete

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 : Casablanca Le : 26/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

26/10/2023

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
28/07/23	C 2	3000 DT		INP : [Signature]
				DR. DENTISTE STAMFORD Médecin traitant à domicile Date de l'exécution : 22/07/23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CITE COASSA Rue Dr. Hay Hassani Coassa Tunisie - Bloc 2 Cite Coassa 022 93 28 28	28/07/23	10.13 DT
		2 NPF - 092044965

ANALYSES - RADIGRAPHIES

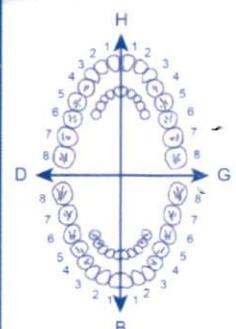
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

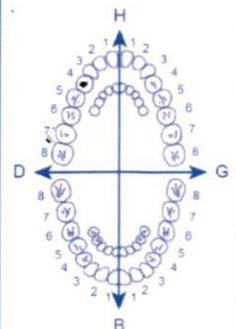
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue - Diabétologue
 Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol
 Traitement de l'Obésité - Maigreur
 Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité
 Diplômée de l'Université René Descartes
 Sur Paris



الدكتورة فـ زـ بن جـانـسـ العـارـجـيـ
 اختصاصية في أمراض الغدد - السكري
 السمنة والهرمونات
 خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس
 بالموعد

ORDONNANCE

Casablanca, le :

28/07/2023

AIT HADCHI KHADDOUJ

6x 1d; 90

• IPRADIA 500 MG

1 COMP MIDI 1 COMP LE SOIR AP REP 3 MOIS



3x 119,00

• Vital d3

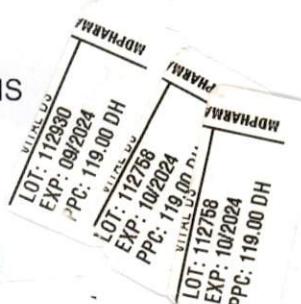
10 GOUTTE MATIN X 3 MOIS



2x 579,00

• TOUJEOL SOLOSTAR

30 UT MATIN AVT REP 3 MOIS



1013,40

12,90

12,90

12,90



12,90

12,90

12,90

Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1^{er} Etage (à gauche) ~
 Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence) : 0522 90 07 85 / 0661 08 15 48 - E-mail : drbenabbes@hotmail.fr



M^{me} RAM 01694

valable 3 mois

Le 28/07/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que M^{me}, Mme, M. : AIT HADCHI KHAADDOUJ ép. ADIB

Présente Diasete

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Traitement 3 mois
vers endeuillée.

Dont ci-joint ordonnance : ci joint

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohamed (ex RUE Heintz) - Casablanca

Dr. BENABEES TAHOURI
Endocrinologue - Diabetologue
Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohamed (ex RUE Heintz)
Immeuble Commercial d'Azemmour
Casablanca - Tel : 0522-22-3149