

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-427053

ND 27/4/29

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6628	Société : RAM.		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	DRISC.
Nom & Prénom : FACHITALI			
Date de naissance : 04/03/1966			
Adresse : 321, bt Nauvoss. Des Boisges.			
Tél. : 0661310633	Total des frais engagés : 407,50		
Cadre réservé au Médecin Dr. BENHIMA Teuria Endocrinologie Maladies Métaboliques 70, Rue Felix et Max Guedj Tél. : 022.29.84.50 / 29.83.54			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 26/12/2023			
Nom et prénom du malade : FACHITALI Imane Age: 66 ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Bran de p... p...			
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 suis à la connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : Casablanca	Le : 27/04/2029		
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
2012-02-20	OR 1	1	10000	INP : 1111111111111111 Dr. Béatrice Lecat 06 33 33 33 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Des Darbistes Dr. ALAMI ZINEB Mosquée Naouras Lot Naouras Casablanca - 0522 29 28 59	21-02-2020	109,-50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

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.

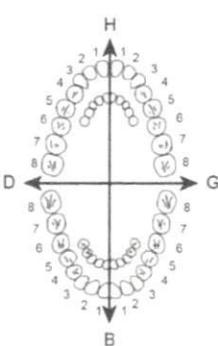
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	R

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Benhima Touria

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE

ET MALADIES METABOLIQUES

Diabète - Obésité - Nutrition

Cholestérol - Glandes - Stérilité

Ménopause - Andrologie

Sur rendez-vous

الدكتورة بنهمة ثرية

خريجة كلية الطب بتولوز

اختصاصية في أمراض الغدد

الهرمونية

السكر - التغدية - السمنة

الإضطرابات الهرمونية الجنسية

الكوليسترون - العقم

بالموعود

Casablanca, le

24/2/20

Fechieli Kermik

168,20

) Diagnostic 18

39,90 1 - - - 1

y) Examen
sachet 15

59,60
3) Sanguin

2 - - -

160,00
4) urine

PHARMACIE
Dr. ALAMI ZINEB
Nouvelle Nourras Lot Naouras
Casablanca - 0522 29 28 59

Dr. BENHIMA Touria
Endocrinologie Maladies
Métaboliques
70, Rue Félix et Max Guedj
Tél.: 022.29.84.50 / 022.29.84.50 / 022.29.84.50
زنقة سينما أوبرا - الهاتف : 05 22 29 83 54 / 05 22 29 84 50

70, Rue Félix et Max Guedj (Rue du Cinéma Opéra) - CASA - Tél. : 05 22 29 83 54 / 05 22 29 84 50
زنقة سينما أوبرا - الهاتف : 05 22 29 83 54 / 05 22 29 84 50

AMICAROLINE ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN®

1G/125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 168,20 DH

LOT: 575896

Amina DAOUOD...

P/21/NNP

LOT: 181039 PER: 02-21

PPV: 140,00DH

Solupred® 20mg

58,40