

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : <i>69500</i>	
Matricule : <i>1839</i>	Nom & Prénom : <i>TAOUIZI - AHMED</i>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	Date de naissance : <i>11-9-1952</i>
Adresse : <i>10 RUE IBB HATTAM, 6^e ETAGE N°24 TANGER</i>		Tél. : <i>06 65231133</i> Total des frais engagés : <i>49,00</i> Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : *TANGER* Le : *21/4/2013*
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Commissaire	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GRANADA ROUTE DE LA DADOUR RUE TEHRAN TANGER TÉL 05 39 94 07 72	11.04.23	49.00

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	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION														
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
D	B																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS														
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

chirurgie

- Viscérale - Urologie
- Gynécologie
- Traumatologie
- Neurochirurgie
- Chirurgie Plastique
- Chirurgie Pédiatrique
- Ophtalmologiste - ORL

Médecine

- Cardiologie
- Médecine interne
- Rhumatologie
- Dermatologie
- Gastrologie
- Pneumologie
- Pédiatrie Générale

Urgences

Ahmed Taouzi

- **الجراحة**
الجراحة العامة - الكلى و المسالك البولية النساء و الولادة - العظام - المخ و العمود الفقري جراحة العين - الرأس والأنف و الحنجرة جراحة التجميل

- **الطب**
الطب الباطني- القلب و الشرايين - الغدد و السكري طب الأطفال - أمراض الروماتيزم أمراض الجهاز التنفسي - أمراض الجهاز العصبي

المستعجلات

11/04/23

TS
Q-

Docteur (Dr. Sifri)

1 x

5/5

49.00

Pharmacie GRANADA
Dr. ABDELADIM TANOUTI
18, Rue Tehran
Tél: 05 39 34 01 49

DR. ABDELADIM TANOUTI
Pharmacie GRANADA
18, Rue Tehran
Tél: 05 39 34 01 49

Dr. ABDELADIM TANOUTI
Chirurgien Urologue
Al Madina Residency

في حالة الطوارئ يرجى الاتصال :

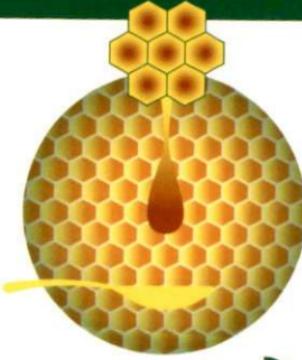
DociVox

Sirop naturel
sans conservateur

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS
ET DE PLANTES
(THYM-MAUVE-MELEZE)

Goût miel-menthe

• Apaise et dégage les voies respiratoires
• Doucit la gorge irritée en cas de toux
• Renforce les défenses naturelles



125 ml

Deva

DociVox

Sirop naturel
sans conservateur

COMPOSITION :

Sirop de fructose, miel naturel, maltodextrine, eau purifiée, Extrait de Propolis, Extrait aqueux de plantes obtenu à partir de feuille de Thym (Thymus vulgaris), feuille de Mauve (Malva sylvestris), Extrait de Mélèze, Huile essentielle d'eucalyptus, Extrait de rocou, caramel, Menthol.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche ou à l'un des constituants.
- Déconseillé chez la femme enceinte, allaitante et nourrisson.
- Tenir hors de la portée des enfants.
- Après ouverture, à conserver au frais et à consommer dans un délai de 4 semaines.
- Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Un léger dépôt, dû aux caractères naturels des plantes, peut se produire mais ne nuit en rien à la qualité du produit.



Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable
146-147, Zone Industrielle Tit Mellil - Casablanca

125 ml

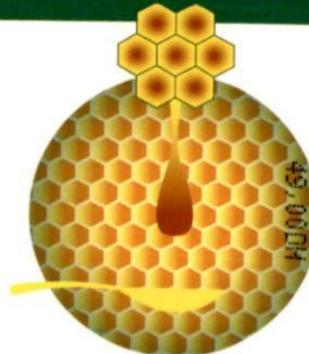
DociVox

Sirop naturel
sans conservateur

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS
ET DE PLANTES
(THYM-MAUVE-MELEZE)

Goût miel-menthe

• Apaise et dégage les voies respiratoires
• Doucit la gorge irritée en cas de toux
• Renforce les défenses naturelles



125 ml

Deva

LOT:230142
DU:01/2026