

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

| | | |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | |
| Matricule : 01859 | Société : ANBI | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : Mohammed |
| Nom & Prénom : ANBI Mohammed | | |
| Date de naissance : 01/07/1949 | | |
| Adresse : Rue 6 n° 62 lot ATTADAMENE - OULFA Casab | | |
| Tél. : 05 23 66 84 10 | Total des frais engagés : | # 747,80 Dhs |

| | | |
|---|---|---|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin | |
| | Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : | | |
| Nom et prénom du malade : | | |
| Lien de parenté : | <input checked="" 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 : **Tanja**

Signature de l'adhérent(e) : **AS**

Le : **25/07/2023**



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <i>P.H Mgn</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

INP :

PHAKIVI
Mghogra Kourit Tanger
Rouge d'origine tunisienne

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  PHARMACIE JIHAN Route de Tétouan Tanger Maroc - 95000 Tanger Tel. 0524 44 95 01 98 | 20/07/2023 | 740.00 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | |
|---|------|------------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | C |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

[Creation, Remont, adjunction] Fonctionnel. Théorème du réenfoncement à la profondeur

VISAGE ET SACHETTE DU PRATICIEN AFFECTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE JIHANE

Mghogha Kbira Tabchicha Lot. N° 32
 Route de Tétouan Tanger
 Tél : 05 39 95 01 98

PATENTE N° : 57244996

FACTURE N° 000060

Tanger le: 25/07/2013 طبقة في

Mr. ANRI Mohammed

السيد

| Quantité | Désignation | Prix Unitaire | TOTAL |
|----------|------------------------|---------------|--------|
| 2 | AproVasc 150mg 5mg B30 | 155,80 | 311,60 |
| 2 | Lipanthyl 160 mg B30 | 116,80 | 233,60 |
| 2 | Zyflorix 200 5te 30 | 31,80 | 62,60 |
| 2 | Cilastine 10. 5te 28 | 70,00 | 140,00 |

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat -R.P.1,
 Ain sebâ Casablanca
 APROVASC 150mg/5mg B28
 Cp. PEL
 PPV : 155,80 DH

6 118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat -R.P.1
 Ain sebâ Casablanca
 APROVASC 150mg/5mg B28
 Cp. PEL
 PPV : 155,80 DH

6 118001 082025

maphar
 ZI Zenata Aïn Sebâ, Casablanca, Maroc
 LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
 P.P.V.: 116,80 DH

6 118001 181636

Laboratoires MAPHAIS
 Boulevard ALKIMIA N°6
 Quartier Industriel,
 Sidi Bernoussi - Casablanca
 Maroc
 P.P.V.: 116,80 DH

6 118001 181636

PHARMACIE JIHANE
 Mghogha Kbira Tabchicha Lot. N° 32
 Route de Tétouan Tanger
 Tél : 05 39 95 01 98

LOT 230301
 EXP 12 2026
 PPV 31.30

LOT 223845
 EXP 1 2026
 PPV 31.30

PPV:70DH00
 PER:03/25

PPV:70DH00
 PER:08/24
 LOT:L2801