

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

- Reclamation : 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-761482

176143

Pr. M. P. M.

Maladie

Dentaire

Optique

A

1371

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEGHIEL AHMED

Date de naissance :

02-01-1951

Adresse :

30 AVENUE EL HADJ SIDI MOUSSA
DIPLOMATIQUE 2-10 TANZIGHET 90000

Télé :

061 202991

Total des frais engagés : 671,22

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02/03/23

Nom et prénom du malade : NAJAH BEGHIEL Age: 66

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Géophthame

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

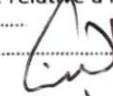
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Tizi Ouzou

Le : 02-03-23

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-761482

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 1371

Nom de l'adhérent(e) : RGHIEL

Total des frais engagés : 671,22

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
27.09.23	Cos		200 DH	INP : 16112661072

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Dr. El Hammouli Pharmacie 16, rue ibn arroud, hay el Jadid Tanger 052 31 18 50 - ICF 503 103 721	07.09.23	471,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. DARDARI Maroua

Médecine générale

Suivi de Grossesse - Suivi du
Diabète et HTA - ECG
Echographie

Certificat médical de permis de conduite
Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie de CASABLANCA



د. الدرداري مروي

الطب العام

تتبع الحمل - تتبع داء السكري و الضغط
الدموي - تخطيط الكهربائي للقلب
الشخص بالصدى
فحص رخصة السياقة
خريجة كلية الطب و الصيدلة
بالمدار البيضاوي

Tanger, le : ٢٠٠٥٢٣

Ordonnance

Nom : NAIMA BELHICEL

1) Gostnor 85,50
2 gel + 21,50 - ملليلتر

2) Naofetan 98,80
160 mg - ملليلتر

3) Flushoph 72,40
100 mg - ملليلتر

4) Stagid 70,60 x 2
700 mg - ملليلتر

Dr. DARDARI Maroua
Médecin Généraliste
31, Av Ibn Batouta 1^{er} étage N°1
Fix: 05 39 31 47 78 - Tanger

474,90

05 39 31 47 78 06 64 21 30 32 drdardarimaroua@gmail.com

131, Av Ibn Batouta, 1^{er} étage n° 1 (au dessus de la librairie, angle Av Ibn Batouta et angle Ibn Ardoun)

شارع ابن بطوطة طابق الأول رقم 1 (فوق مكتبة الجزيرة في زاوية شارع ابن بطوطة و شارع ابن عرضون)

Gastinat®

Charbon végétal activé - Fenouil - Carvi

211

Charbo

Fenouil

Carvi

LOT : 0242
EXP : 01/26
PPC : 85.50 DH

UP

Pharma

Boîte de 2 flacons de 15 gélules chacun

Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables



6 118000 021292

LOT 230463
EXP 01 2026
PPV 107.60

Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables



6 118000 021292
LOT 230463
EXP 01 2026
PPV 107.60

NEOFORTAN®
10 comprimés 160 mg



6 118000 031697
NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 12/2025
LOT 2D023 8

Flustaph® 500 mg
24 gélules



6 118000 140276

N° lot :

Fab :

Per :

PPV :

72140