

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.

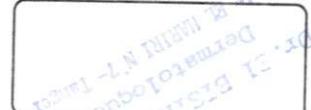
Adresses Mails utiles

- 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° W21-824576

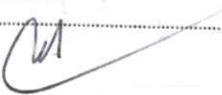
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11415		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RAGA & FOYAD		Date de naissance : 08.01.1977	
Adresse : L'etissement al RYAFAE, BLOC 30. MR 25 Tanger		Tél. : 0661743378	
		Total des frais engagés : 705,00 Dhs	

Autorisation n° AL-A-215/2015	Cadre réservé au Médecin		
	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : 		
Date de consultation : 13 NOV. 2023			
Nom et prénom du malade : Raga & yasmine Age: 18			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Dermathose			
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 : 25/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ARRAS Dr. HAMID Dr. HAMID - Mariam Golden Beach Old Medina - Tel: 05 39 81 58 77 Tanger - Tel: 05 39 81 58 77	25/10/2013 25.10.12.23	T = 30,00 Dhs T = 1000,00 Dhs Lot. linane Lot 57 RDG Tanger Tel: 0539 42 44 01 - 0562 73 37 33

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.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées [Empty box for listing treated teeth]	Nature des Soins [Empty box for describing the nature of the treatment]	Coefficient [Empty box for coefficient]	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
				<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	21433552	25533412	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>
				H	21433552															
				25533412	00000000															
				D																
00000000																				
35533411																				
B	11433553																			
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																

Docteur laïla El Bisiri

Dermatologue

Maladies de la peau, Ongles et cheveux

et Maladies vénériennes

26, Av. Hariri, Résidence RIAD,
1er étage, app n°7 (en face de chambre
de commerce) - Tél.: 05 39 32 53 55

الدكتورة ليلي البسيري

اختصاصية في أمراض الجلد

والشعر والأظافر

والأمراض التناسلية

26, شارع الميرسي إقامة الرياسين الطابق الأول
رقم 7 (أمام الفرقة التجارية)
الهاتف 05 39 32 53 55 متنجد

Tanger, le : 25. 12. 23 طنجة في :

d'un bout Regard
yasmine

30,00

1) lotion (un)
PHARMA DR. HANIF RAZI
Bld Moulay Rachid Res. ^{22 RAZI}
Tanger - Tel: 05 39 31 66

1 gpe 100 ml x 10g
" " 10g



100,00

2) benzoderm 100 - 000

1 gpe 100 ml
" " 100 ml



200,00

3) Euwin

(Euwin
En flacon)

12 fl. 50 ml
" " 50 ml

ECCLAT DE SANTE
Lot Jinnane Lot 57 RDC - Tanger
31.05.2012 M.01 - 0621772422

145,00

4) flowtex

(stérile)

1 x 1 j. de soin

un fl. 50 ml de lotion

455,00

une fl. enflammés crème

Dr. laïla N. L. Tanger
Dermatologue

