

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.

M23-0018940

194568

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 1679

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AKKAZENE Nohamed

Date de naissance :

01. 01. 1958

Adresse :

1stissement Zafra Rue 8 n° 1

Tél. :

066 716 4605

3, AVENUE SIDI MAR TANGER 90 000

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/12/2023

Nom et prénom du malade : Zouhair ASH Nanou Age : 64

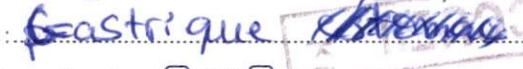
Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Gastrique



Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

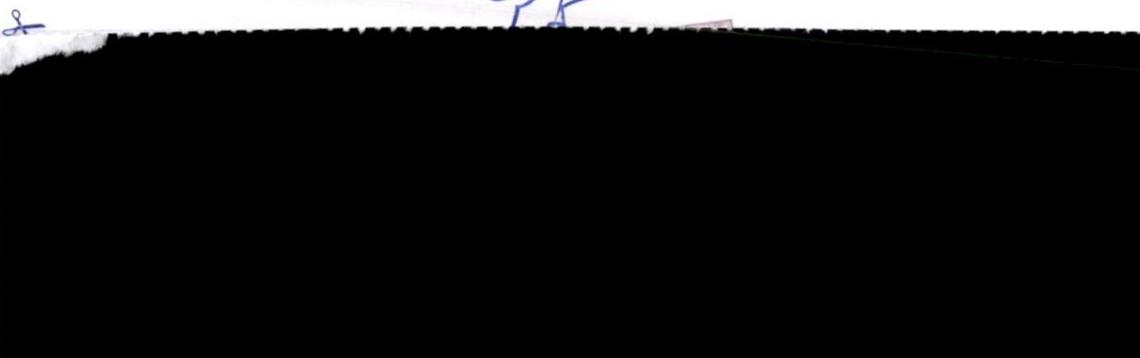
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casa

Le : 12/02/2024

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 remboursement des Actes
31/12/23	C 2		6700,00	DR. A. M. BOUABOUDERRAHMAN DIRECTEUR MEDICAL CLINIQUE IBERIA SIDAMART TANGER 08 08 34 46 82

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE BOUARQAIA Dr. El MESSARI LAMYA 4, Av. Hassan II - Tanger T: 05 39 37 58 85	31.12.23	20200

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	D	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	D	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Tanger le : 34/12/17 طنجة ، في :

Zoungagh Nassira

Q - Sdor Pourox (Siroop)

1 x

3fz



Q - Zinaskim

1cp x

1fz

pour 1 mois



Q - D. Cere Vit d 25000 ui

1/Semaine pour 6 mois



Q - Koprot 20mg
3cp x 1fz pour

36.00

2026v

DR. AL BANCHAABOUCHE ABDERRAHMAN
DIRECTEUR MEDICAL
CLINIQUE IBERIA
3, AVENUE SIDI AMAR-TANGER-90 000
TÉL : 08 08 54 46 82

PHARMACIE BOUARRAD
Dr. EL MESSAHI LA MILA
34, Av. Hassan II - Tanger
Tél: 05 39 37 58 85

AV . Sidi Amar , N°3, Tanger 90000
Tél : 05 39 94 45 46 / 08 08 54 46 82

شارع سيدى عمار ، رقم 3 طنجة 90000
الهاتف 05 39 94 45 46 / 08 08 54 46 82

