

## 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.

Nº W21-798033

|   |  |                                       |                                 |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie            | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique      | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)               |  |                                       |                                 |
| Matricule : <u>1839</u>                     | Société :  |                                       |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif              | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :      | <u>TAOLIFI - AHMED</u>          |
| Nom & Prénom : <u>TAOLIFI - AHMED</u>       |  | Date de naissance : <u>13-09-1952</u> |                                 |
| Adresse : <u>11 Rue Ibn HAITAM - TANGER</u> |  |                                       |                                 |
| Tél. : <u>06 65 23 12 63</u>                | Total des frais engagés : ..... Dhs              |                                       |                                 |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|  |   |                                   |                                 |
|--|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| 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 : <u>TANGER</u>   | Le : <u>28/01/2014</u>  |                                   |                                 |
| Signature de l'adhérent(e) :   |   |                                   |                                 |

#### **RELEVÉ 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 Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 26/01/2021 | 17050                 |

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

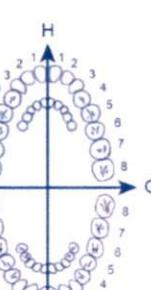
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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"/>                          |
|--|---|---|-------------|---|
|   |   |   |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|  |   |   |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|  |   |   |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |
|  |   |   |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |   |             |   |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | 21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 | B           | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|  |   |   |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |
|  |   |   |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M.....

صيدلية باريس

Pharmacie de PARIS

Mme SOUFIANE Souad

Pharmacienne

8, Place de France - TANGER

Tél. 05 39 93 84 74

Tanger Le 26/01/2007 Facture N° 72

| Quantité | Désignation   | Prix | Montant |
|----------|---------------|------|---------|
| 1        | Azix 500 mg   | 7970 |         |
| 1        | Ashaph 500x24 | 9080 |         |
|          |               |      | 17050   |



**COMPOSITION :**

Flucloxacilline ..... 500mg  
 Excipients q.s.p. ..... une gélule



Conserver à une température  
 inférieure à 25°C et à l'abri  
 de l'humidité.

Respecter les doses prescrites

Liste I

AMM : 363 DMP/21/NCV

# استاف

فلوكوكساسيلين

مع 500

24  
 كبسولة

مضاد حيوي

Laboratoires Pharmaceutiques

PHARMA 15

Yasmine LAHLOU FILALI  
 Pharmacien Responsable

Posologie, indications,  
 contre-indications : voir notice

Astaph 500mg/24 gélules



6 118000 090144

**POSOLOGIE ET MODE  
D'ADMINISTRATION :**

Adulte : lire attentivement la notice.  
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

RESPECTER LES DOSES PRÉSENTÉES

**AZIX®**  
Azithromycine  
*Rhu r e*

**500 mg**  
Voie orale

21/02/96  
01/25

**COMPOSITION :**

Azithromycine ..... 500 mg  
Excipients ..... q.s.p 1 comprimé

**500 mg**

*Anti-infectif  
Rhu r e*

61118000040941  
ج.م.ـ ٤٠٩٤١ - جـ.ـ ٦١١٨٠٠٠٠٤٠٩٤١

**3**



**AZIX®**  
Azithromycine  
*Rhu r e*

6 118000040941  
3 Comprimés sécables

AZIX® 500 mg  
3 Comprimés sécables