

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Déclaration de Maladie**

N° P19-

064907

Poy...  
Tou...

*196402*  
 Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **6493** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **TAHRI-JOUTEI-HASSANI-IBRAHIM-KHALIL**

Date de naissance : **01-03-59**

Adresse : **AVE MY ABDEL AZIZ RÉSD DAR EL AMAL ETG 4 N° 22 TANGER**

Tél. **0666 24 4310** Total des frais engagés : **908,30** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. BENDALI Ahme  
médecin généraliste  
Tanger**

Date de consultation : **08/02/2020**

Nom et prénom du malade : **TAHRI JOUTEI HASSANI IBRAHIM KHALIL** Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Adénome pituitaire + crise hémorragique**

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 : **08/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

*J.-S. TAHRI*

### 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
16/02/2014		2	200 DH	<i>DR BENDALI Ahmed médecin généraliste Tél: 05 39 36 03 07</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/02/2014	21 708,30 DH
PHARMACIE IMAM MALIK		
162034482		

### ANALYSES - RADIographies

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		Montants des soins
	B			Date du devis
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Date de l'exécution
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur AHMED BENDALI**

**Médecine Générale**

Lauréat de la Faculté de médecine de Rabat

Spécialiste en Santé Publique

Lauréat de la Faculté de médecine

de Nancy - France

INPE : 161 131 164

**الأستاذ الدكتور احمد بن دالى  
الطب العام**

خريج كلية الطب بالرباط  
الخاصي في الصحة العامة

خريج كلية الطب بفرنسا

(نancy - فرنسا)

Tanger, le 08/02/2014

TRAHRI JONTEY HABANI BRAHIM KHAILI

20/100

1 - DAF (an) 1000mg

2 - 800mg qd 1 mg ~~suppo~~

~~450~~ Hemostine ~~suppo~~

3 - Emoflom ~~formule~~

~~1470~~ 1 + 1 mg ~~suppo~~

4 - IProst ~~100mg~~ 1 mg ~~suppo~~

~~15350~~ Pontif (A) 0,1mg 1 mg ~~suppo~~

5 - Reumixen 100mg 1 mg + 2 mg

~~680~~ Dose bolus

~~308,30~~ mg + 2 mg



50 ml

LOT 626004  
EXP 07/2016  
PPC 68.00DH

201100

# BOST LP 10 mg

ATE D'ALFUZOSINE

PPV 147.50 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

à libération prolongée

Voie orale

LOT DQU38  
EXP 03/26  
PPC 68.00DH

15B130



**emoflon™**

Pommade rectale 25 g

5 995327 178509

**emoflon™**

PPC : 58,50 DH

€2  
Dispositif fréquence

MA 1012 REV 01

**Hémoreïne®**

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg  
10 suppositoires

PPC : 80.00 DH



# بِيرْمَكْسُون ١٦٠ ملْعَ

مستخلص شحم ستيروليك سيرينوا ريبينس

علبة من 30 كبسولة

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 30°C.

يجب قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الإستعمال.

يحفظ بعيداً عن مرأى وتناول الأطفال.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة تقل عن

30 درجة مئوية.



Pierre Fabre

maphar

Km 10, route côtière 111,  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ  
Casablanca - Maroc

Permixon 160 mg  
30 GÉLULES



6 118001 181957