

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSÉMENTS 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

- 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° W21-826707

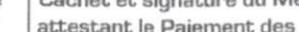
<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>90'IS</b> Société : <b>R.A.M. 199234</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ALADIRI OTTHAIS ABDELLAH AN-</b>			
Date de naissance : <b>21/12/71</b>			
Adresse : <b>R.A.T TANGER</b>			
Tél. : <b>0668/92795</b> Total des frais engagés : <b>Dhs</b>			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<b>Dr. Salaheddine MOURABIT</b> Neurologue 31, Rue Allal Ben Abdellah, Cheïlah Office Center, Etage 3 N°21 - Tanger Tél: 05 39 32 27 85			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>Tanger, 12/02/2024</b>			
Nom et prénom du malade : <b>LA BRINY FAIZA</b> Age: <b>18</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Neurologie</b>			
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.			

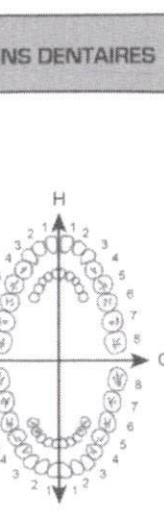
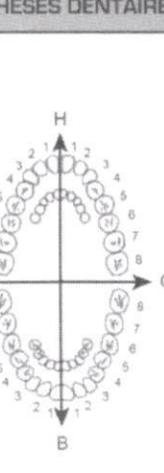
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Tanger** Le : **12/02/2024**  
Signature de l'adhérent(e) **ALADIRI**

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
12.01.2024	cnpsr		3000dtb	 Dr. Salaheddine M. Neurologue 31, Rue Al-Bout Abdella Office Center, Etage Tel: 052520578

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE HAY RAJA</b> Richard ABDETTIKA Directeur de pharmacie 4 <sup>e</sup> des platiades Bd Anouar 1023 Hay Riad 05 22 86 06 25	23/02/2014	418,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																												
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																												
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																												
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<b>Nature des Soins</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<b>Coefficient</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<b>INP :</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>										
<b>Coefficient des travaux</b>																																												
<b>Montants des soins</b>																																												
<b>Début d'exécution</b>																																												
<b>Fin d'exécution</b>																																												
<b>Coefficient des travaux</b>																																												
<b>Montants des soins</b>																																												
<b>Date du devis</b>																																												
<b>Date de l'exécution</b>																																												

23/2/24

Time Labring ep Kadiri Ottmani  
 Faiza

418,00



Mariscom Naby



PPV  
418.00DH

Clariscan™ 0.5 mmol/mL  
acide gadotérique

Chaque mL contient 279,3 mg  
d'acide gadotérique,  
équivalent à 0,5 mmol.

15 mL contiennent 4189,8 mg  
d'acide gadotérique (sous forme  
de sel de méglumine, équivalent  
à 7,5 mmol.  
Excipients : Méglumine,  
tetraoxetan (DOTA), eau P.P.I.

7 037960 644169

EXP: 04-2025  
Lot n°: 16475216  
1199457 MAR