

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.

Diologie 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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 060614

5-8237

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1969 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : ZERIKANI ABDELHAK
 Date de naissance : 04.10.52
 Adresse : Rue Beethoven BOUMNIA 1 8ème étage
 N° 164 TANGER
 Tél. : 0661535181 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Choulli Hassan
 Médecin Généraliste
 GSM : 06.66.05.59.04
 INPE : 161205521

Date de consultation : 04/11/2022
 Nom et prénom du malade : BELLACH JAWID Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Sinusite chronique
 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 : 04/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-060614

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/11/20	278,90

[illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de sagesse.		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
 H B G D			
Coefficient des Travaux			
Montants des Soins			
Début d'exécution			
Fin d'exécution			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
 H B G D	H 25533412 21433552 00000000 00000000 ----- D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
Coefficient des Travaux			
Montants des Soins			
Date du devis			
Date de l'exécution			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



Spartel
مصححة متعددة التخصصات
POLYCLINIQUE DES SPÉCIALITÉS

Tanger le : 04/11/2020

Mme Belloch Taïda

74 Box 20
149,60
58,40
Neo cip 500mg
18x24 10 J
Solupred Long
38 J 5 J

58,40
4
10/23
Solupred 20mg

14,15
3
Pambol 500mg
28x3 J



28,20x2
56,40
Sulpirid 500mg
19x3 J

PPV
LOT
PER
28,20

278,90
صيدلية الأنجلوس
PHARMACIE AL ANDALOUS
Dr. Benjelloun Taoufik
18 BOULEVARD MOHAMED 5
TANGER 05 39 94 69 10

Dr. Choulli Hassan
Médecin Généraliste
GSM : 06 66 05 69 04
NPE : 161205521

صيدلية الأنجلوس
PHARMACIE AL ANDALOUS
Dr. Benjelloun Taoufik
18 BOULEVARD MOHAMED 5
TANGER 05 39 94 69 10

URGENCE 24/24 05 39 93 77 66
Adresse: 11 Rue Sidi Amar, Tanger - MAROC
Tél: 05 39 93 77 66 / 06 62 36 56 40
Fax: 05 39 33 05 34

