

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503 Société : Pan

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Boutaher Fatima

89 031

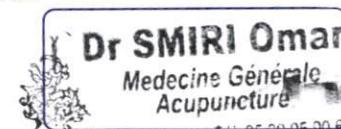
Date de naissance : 1958

Adresse : Lots nasc. Rue 18 N°12. Tanger

Tél. : 06 56 15 66 68 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/08/2021

Nom et prénom du malade : Rouatihel Fatima

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Rh. nasopharyngite - Athérosclérose + palpitations

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : inert

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : B+

## 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
31/08/2022	c	1	2000.00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 1, Bd Martil Dar Mouigna Tél.: 05 39 31 08 64 TANGER	31/08/2021	DH 3201.2c DH

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## Création, remont, adjonction)

A 10x10 grid with numbered circles (1-10) and arrows indicating movement. The grid is bounded by a thick black border. The numbers are arranged in a pattern: 10 (top center), 9 (top row), 8 (row 2), 7 (row 3), 6 (row 4), 5 (row 5), 4 (row 6), 3 (row 7), 2 (row 8), 1 (row 9), and 10 (bottom center). Arrows indicate movement: a vertical arrow pointing up from 10 to 9, a horizontal arrow pointing left from 9 to 8, a diagonal arrow pointing up-left from 8 to 7, a horizontal arrow pointing right from 7 to 6, a diagonal arrow pointing up-right from 6 to 5, a horizontal arrow pointing left from 5 to 4, a diagonal arrow pointing up-left from 4 to 3, a horizontal arrow pointing right from 3 to 2, a diagonal arrow pointing up-right from 2 to 1, and a vertical arrow pointing down from 1 to 10. The grid is enclosed in a black border.

## VISA ET CACHET DU PRATICIEN LAZ

Docteur SMIRI Omar  
MEDECINE GENERALE  
ACUPUNCTURE



Quartier Florencia Lot M N° 3  
Dchar Ben Dibane  
TANGER  
Tél. : 0539.95.90.60

الدكتور السميري عمر  
الطب العام  
الطب الصيني

حي فلورنسيا M تجزئة رقم 3  
دشار بن ديبان  
طنجة  
الهاتف: 0539.95.90.60

Tanger, le ..... 321081.21

BOUTIQUE fatima

x2  
14.00

1) Isolplane - g (2800)   
1 que = 31

115.90 2) Ecudor 15 / 125 

x3  
49.60

3) Salat - 2 15   
D-cu re 100.000 (u = 3)  
Drap mas

34.70

4) S. corse 20 (13) 

1 que = 31, → 31

26.20

5) Acfat 5  
1 que 11. 



16.6c 21

21

locoped

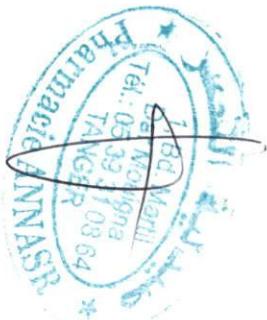
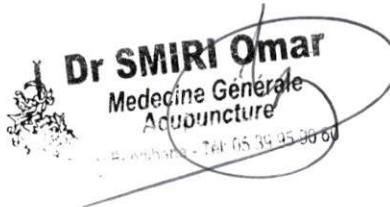
0,1 %

370, 2c

Math 11

→ 19

SL



Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

PPV: 49,60 DH  
PER: 03/24  
LOT: 21B27

14,00

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

PPV: 14DH00

PER: 03/24

LOT: K792

LOCAPRED 0,1%  
CREME T15G  
P.P.V: 16DH60

6 118000 010951

ECOCLAV® 1g/125 mg  
Amoxicilline/Acidé clavulanicque  
16 sachets

PROMOPHARM S.A.



6 118000 24227

Lot N° :

20033

04/2

Exp :

115DH90

PPV :

FORTE

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21628  
EXP: 07/2024



FORTE

buvables

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21B04  
EXP: 02/2024

S-CORT® 20 mg

Prednisolone

20 Comprimés effervescents sécables



LO

UT

PPV (DH):

ACFOL® 5mg

Acide Acétique

Boîte de 28 comprimés



6 118000 430025

LOT: 14221006

PER: 04/2025

PPV: 26,20 DH

D-CURE® FORTE