

# 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.

N° W21-604266

AN8825

<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>552</b>		Société : <b>PAS</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>relâche</b>
Nom & Prénom : <b>ATEMSI</b>			
Date de naissance : <b>10/11/1938</b>			
Adresse : <b>302 Bd Zellouani</b>			
Tél. : <b>0661112222</b>		Total des frais engagés : <b>665,40 Dhs</b>	

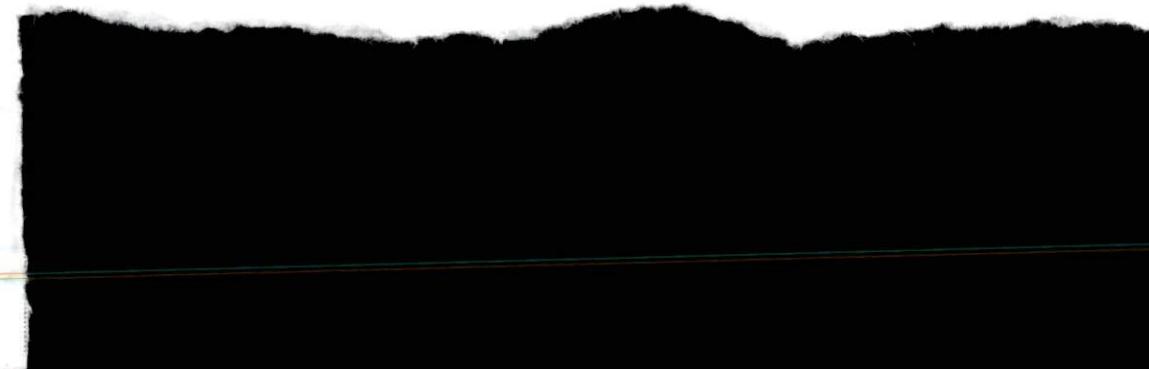
**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input 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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_



### 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
				INP : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL AYANI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tunis - 1000</i>	23/05/22	655,40

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

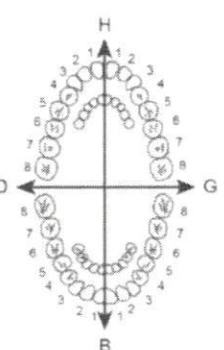
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

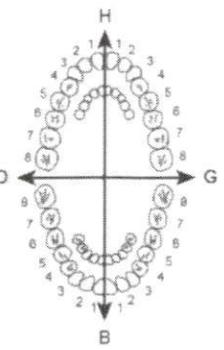
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



# PHARMACIE EL ANADEL

3 bd abdellatif ben kaddour

pharmacien diplômé de l'université de CAEN  
HOMEOPATHIE-PHYTOTHERAPIE-HERBORISTE

R.C : Patente:35600524  
T.V.A :  
Tél : 0522 36 54 38

Le 23/05/2022

**FACTURE N°630781**

N° ICE : 001620659000071

N° IF :

**CHERRADI ABDERRAHMANE**

**ICE N° :**

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	DIPROSONE POMMADE GM	32,50	32,50		
1	VOLTARENEM EMULGEL 100G GM	60,00	60,00		
1	OEDES 20MG B56 GÉLULES	140,00	140,00		
1	MONOPROST COLLYRE 30 UNIDOSE	178,90	178,90		
2	ASPEGIC ST 100MG	21,80	43,60		
2	TANAKAN CO 40MG 30U	71,30	142,60		
1	TORVA CO 10MG 30U	57,80	57,80		

LOT : 1102  
PER : 01/14  
PPV : 57,80 DH

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Dr Abdellatif Ben Kaddour  
TAI - TANAKAN CO 40MG 30U

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V :21DH80  
LOT : 21E003  
PER : 12/2022  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V :21DH80  
LOT : 21E003  
6 118000 061113

LOT : 721  
PER : NOV 2024  
PPV : 32 DH 50

Monoprost 50 microgrammes/ml  
Collyre en solution reconstituée unitose  
PPV : 178,90 DH  
LOT : 118001 072583  
BP N°1, Z7182 Bouskoura, Maroc  
Distribué par le laboratoire SOTHEMA

LOT : M0565  
EXP : 10/2024  
PPV : 60,00 DH

LOT : 211318  
PER : 04/2024  
PPV : 140,00 DH

**TOTAL T.T.C :** **655,40**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Six Cent Cinquante Cinq Dirhams et 40 centimes.