

## 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° W21-782190

A 49586

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>							
Matricole :		13186		Société :		RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom :		El Ouahdani Mohamed Amine					
Date de naissance :		05/11/1981					
Adresse :		Ville n° 181 lot CL NANSOUR neches					
Tél. :		0676143131		Total des frais engagés :		604,80 Dhs	

<input type="checkbox"/>	Cachet du médecin :			
Date de consultation :		01/02/2023		
Nom et prénom du malade :		El Ouahdani Yashya		
Lien de parenté :		<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :		Gastrinome		
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 :** 11/02/2023  
**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
01/10/21	C		250,00	INP : INPE 1101M666 Dr MORIAMI Patient Allergo 3, Jeudi 28 AVRIL 2021 INPE 1101M6663
23/01	S			

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
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.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
<p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>	<p>Dents Traitées</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>Nature des Soins</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>Coefficient</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>INP : <input type="text"/></p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p>		
<p><b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b></p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>G</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G																																																																																																																			<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>																																																																																																																																																																																																																														
		H	25533412	21433552																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
		D	00000000	00000000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
		B	35533411	11433553																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
		G																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												

Docteur Fadila MORJANE

PÉDIATRE



الدكتورة فاضلة مرجان

Néonatalogie et réanimation néonatale  
Diplômée de la faculté de médecine de Rabat  
Ex Médecin résidente à l'hôpital d'enfants de Rabat

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع وحديثي الولادة  
خريجة كلية الطب ببارياط  
طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى الأطفال ببارياط

Témara le,

٥٢١٠٢١٢٣

El Deekh Jamiyah

280,00

1 - enfance IPV Hib

74,80

2 - Enfance B

354,80

PHARMACIE ATTADAMOUNE  
Dr. LADRHAM Mounia  
Projet Attadamoune, Imm. B1  
Mag. N° 1, Al Wifak - Témara  
Tél: 05 37 01 06 62  
INPE: 102012184



شقة 3 (الطابق الأول) شارع عبد الكريم الخطيب، تجزئة 3124، الوفاق، تمارا

Appt 3 (1<sup>st</sup> étage), Avenue Abdelkrim Al Khatib, lot 3124, Al Wifak, Témara

06 61 29 00 67 (WhatsApp), 05 37 62 75 75, docteurmorjane@gmail.com

Dr MORJANE Fadila  
Pédiatre Allergologue  
Lot. Wifak N°3124, 1<sup>er</sup> étage, Appt. 3, Témara  
INPE: 101166619



101166619