

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-764087

AS3561

Gwoul

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1022

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

AZIZ AHMED

Date de naissance :

15. 9. 72

Adresse :

RUE S.S FARO, N° 55 - A - TANGER

Tél. :

0539 93 07 19

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Noema EL MANSOURI  
Résidente en Rhumatologie  
CHU - Tanger

Date de consultation :

Aziz Ahmed

Age:

15.9.69

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Spontylarthrite

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-764087

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 :

1022

AZIZ

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

#### **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
16/01/2017	MANSOUR Rhumatologie			INP : 160004937
16/01/2017	Rhumatologie			
16/01/2017	CHU - Tanger			
23/01/2017	MANSOUR Rhumatologie			Dr. Noema EL MANSOUR Résidente en Rhumatologie Tanger

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/02/23	11.56200 Pharmacie 87 AV Tal...

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

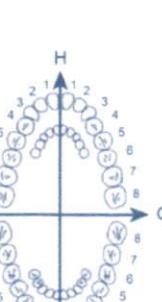
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'ODF.

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
ET DE LA PROTECTION SOCIALE  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL  
HÔPITAL

TANGER

BULLETIN DE CONSULTATION

N°0043450

N°d'ordre:

Date: 15/02/23

Heure de consultation : / /

N° Quittance:

P: / /

Ind: / /

Mut: / /

P.S: / /

Exon: / /

Ayant dr

Médecin de garde :

Nom et Prénom du malade :

Age: / /

Sexe: / /

Diagnostic :

Provenance: Ville:

Localité :

U / /

R / /

Adressé par

Public: / /

Privé: / /

Traitemen Ambulatoire :

Dr. Noema EL MANSOURI  
Résidente en Rhumatologie  
CHU Tanger

Pharmacie Mosquée Marchane  
Doceur Amin BEROUEF  
81 AV. Des Pays Unis Marchane  
Tél.: 05 39 33 45 98  
TANGER

Dr. Noema EL MANSOURI  
Résidente en Rhumatologie  
CHU - Tanger

مسنثش بدون تدخين  
HÔPITAL SAN TABAC

Distribué par MSD Maroc  
AMM 74/19 DMP/21/NRQ  
P.P.V: 56.60 DH

Distribué par MSD Maroc  
AMM 74/19 DMP/21/NRQ  
P.P.V: 56.60 DH



6 118001 150137 >