

# 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.

197697

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>9019</b>	Société : <b>RAT</b>	<input type="checkbox"/> Autres :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<b>OTTMANI</b>
Nom & Prénom : <b>KADIRI OTTMANI</b>		
Date de naissance : <b>21/11/71</b>		
Adresse : <b>RAT TAHLIA</b>		
Tél. : <b>0668197795</b> Total des frais engagés : ..... Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2012

## Cadre réservé au Médecin

**Dr. ADEL MAATI**  
Médecine Générale  
132, Rue de Fes - TANGER

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 nécessaires 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**

Signature de l'adhérent(e) :

**M. KADIRI OTTMANI**



### 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
13/02/24	G		200	<i>M. ADEL Maati</i> INP : 0539314399 Aut. N° : 15583 Medecine Générale INP : 161002639

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie de PARIS Mme SOUFIANE Souad 8, Place de France - TANGER Tél 05 39 93 64 24</i>	13/02/24	7870
	23/02/24	4080

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Pharmacie de PARIS 8, Place de France - TANGER Tél 05 39 93 64 24</i>	23/02/24		

### AUXILIAIRES MEDICAUX

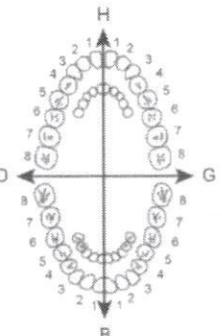
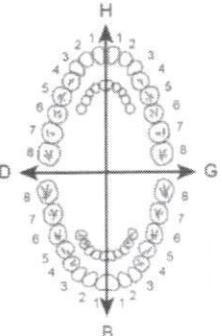
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

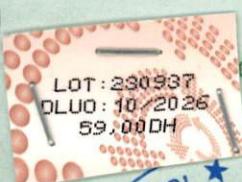
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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



6 111269 050041 &gt;

Fabriqué par :



**APAZIDE®** 200 mg  
Nifuroxazide  
16 gélules

6 118000 040064

39 82 64

PPV 19 DHT 0  
PER 09/26  
LOT M3247

MOTILIUM 1MG/ML  
SUSP BUV FL 200 ML

P.P.V.: 40CH80

6 118000 011040

5900

ICE : 001911889000069  
IF. : 81382260  
INP : 161002639  
Aut. 15883

132, Rue de Nès (à côté  
Pharmacie Jamila) - Tanger  
Tél. : 05 39 37 43 99  
GSM : 06 61 39 82 64

شارع فاس (قرب صيدلية  
صيدلانية باريس)  
Dr. SOUFIANE Souad  
Médecine Générale  
Aut. N°: 15883  
NP: 161 002 639  
Tél: 05 39 37 43 99 - 06 61 39 82 64  
العنوان: شارع فاس (قرب صيدلية  
باريس) - TANGER  
الهاتف: 05 39 37 43 99 - 06 61 39 82 64  
المحمول:

# Cabinet Médical Dr Adel Maati

## عيادة الدكتور عدل المعطي

الطب العام  
الليز

Tanger, le : 13/02/24 طبقة، في :

Kadirri ottmani AIA SARA

1) Apogide pellule  
2 - SV

2) Sparfon  
3) Probiotis  
4) Motilium 5mg  
5) Gafex

SV

Pharmacie de PARIS  
Dr. SOUFIANE Souad  
Médecine Générale  
Aut. N°: 15883  
NP: 161 002 639  
Tél: 05 39 93 64 24

4000

الرجو احترام وصفة طبيبك