

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Déclaration de 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

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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

## Déclaration de Maladie : N° P19-0016152

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

605

Société :

Retraité RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL ASDALI Thami

Date de naissance :

01/01/1947

Adresse :

Bloc H lot 116 Haouzia Benitra

Tél. : 06.64.2.346.84

Total des frais engagés : 448,50 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Med. Rachid KADIRI  
Médecine Générale  
12, Av. Aicha Al Moussafir  
Beni Makada - TANGER  
Tél. : 05 39 95 08 51  
INPE: 161082854 - ICE: 00218355300007

Date de consultation :

27/8/2019

Nom et prénom du malade :

Thami EL ASDALI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

hantise

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 : 27/08/2019

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
17/08/2011	119	C	20000	 Dr. Rachid KADIRI Médecine Générale Dr. Aicha Al Moussafir 12, Av. Aïcha El Mekkaoui TANGER 29953851 02255000087

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p data-bbox="179 431 366 447"> <b>Pharmacie du Quartier</b>          Dr. Abdellaziz Syhiya          56, Route Rgaya Quartier Draoua          Tel: 05 39 36 15 18 - TANGER       </p>	27.10.2019	248,50 DH

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11432553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

## Docteur Med. Rachid KADIRI

**Médecine Générale**  
**ECHOGRAPHIE GENERALE**  
**12 AV. AICHA AL MOUSAFIR**  
**BENI MAKADA - TANGER**

Tél.: 05 39 95 08 51

## Tanger ;le :

27 AUGUST 2019

الدكتور محمد رشيد القادر  
الطب العام  
الفحص بالموجات ما فوق الصوتية  
12 شارع عائشة المسافر  
بني مكادة - طنجة  
هاتف العبادة : 05 39 95 08 51

124.00

## ⑥ Conclusión

SV

53, 10

② Relaxation

SV

23, 40

③ Daphne bl

Pharmacie du Quartier  
Médicaments Sylvestre  
Dr. Roulle Rojas 15-18 - TANGER  
Tél. 05 29 38 15 18

LOT: 35485C PER: 08 2020  
PBU: 71044

LOT: 8MA106  
PER.: 10 2021

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V : 53DH10

6 118000 060833

248,50 ₦/-



INPE 161082854 - ICE 002183553000087