

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

- 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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	4138	Société :	RAM <i>(Corrigé)</i>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SENHAJI CHAHLID Abdellah
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
		01.01.58	
Adresse :		32 Rue Rabat Ben Ahmed Quartier 1300 Gharzé tana	
Tél. :		0668565492 Total des frais engagés : 558.00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/01/1969

Nom et prénom du malade : D B T Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 : Tangier

Signature de l'adhérent(e) : *WY*

Le : 07/03/2023

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-031392

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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>pharmacie Pasteur me TBENCHEKROU Place de France Tanger CE 80175088 INDE</i></p>	06/03/2023	558,20

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	

VOLET ADHERENT

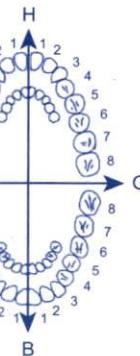
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 	
				MONTANTS DES SOINS 	
				DEBUT D'EXECUTION 	
				FIN D'EXECUTION 	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS 	
				DATE DU DEVIS 	
				DATE DE L'EXECUTION 	



PHARMACIE PASTEUR

3, Place de France -TANGER-

R.C : Patente:50413621
T.V.A :81322320
Banque:ATTIJARI BANK
Tél :0539932422

Le 07/03/2023

FACTURE N°964185

N° ICE : 001750882000009

N° IF : 81322320

ZOHRA ZEMMOURI

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	JANUMET 50-1000MG / 56CP	437,00	437,00		
1	ODIA 4MG / 60CP	121,00	121,00		


 Pharmacie Pasteur
 INPI 332343225
 Mme Yves PICHET
 3 Place de France
 65000 TOULOUSE
 Tél: 05 39 93 24 22

TOTAL T.T.C :

558,00

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

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Cinquante Huit Dirhams.*

Respecter les doses prescrites
احترموا дозات الموصى بها

Uniquement sur ordonnance - Liste 1
بصري فـ فقط بـ درـ وـ مـ صـ فـ طـ بـ قـ اـ نـ اـ سـ

lulaire de l'AMM au Maroc
erck Sharp & Dohme
6, 168 Bd Zerkouni
asablanca - Maroc

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

Comprimés pelliculés; أقراص مغلفة;

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليپتين / ميتفورمين هايدروكلورايد

للتناول بالفم

56 comprimés



EXP 05/2025 PPU 121.00 DH
LOT 2216003



Glimepiride

Odia®

