

RECOMMANDATION ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 canaux, 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 canaux.

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.

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° M21- 1054583

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06597 Société : RAM Co

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDEKARIM ABDELLATIF

Date de naissance : 10/08/1961

Adresse : ANUL AV. DEL ET YOUSSEF 1310 Tadmout

Tél. : 0659553957 Total des frais engagés : 441,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/08/2023

Nom et prénom du malade : Abdelkarim Abdelkhalaf Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Di. hypochondre - 2ème

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 : Tadmout Le : 01/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-054583

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 : 06597

Nom de l'adhérent(e) : A. ABDEKARIM

Total des frais engagés : 441,80 Dhs

Date de dépôt :

RELEVÉ 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
01-08-23	C		2500H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01.08.23	191,80

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

Le praticien est prié de préciser le montant des honoraires.

HONORAIRES

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 <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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr. Sanae Nasri

Lauréate des Facultés de Médecine
de Rabat et Montpellier
Ancien Médecin interne à l'hôpital
Eugène André à Lyon en France

Diabétologie, Diététique Médicale et Nutrition
Echographie, Médecine Générale



الدكتورة سناء ناصري

خريجة كلية الطب بالرباط و مونييلي
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى
أوجين أندري بليون بفرنسا

داء السكري ، الحمية الطبية ، التغذية
إيكوغرافيا ، الطب العام

Tanger le : 01/08/2023

M ABDELKARIM ABDELLATIF

COMPRESSES HUMIDES

1 Application 20 minutes pls fois par jour

VITANEVRIL FORT COMPRIMÉ DRAGÉIFIÉ BOÎTE DE 30

1 Comprimé le matin 1 Comprimé le soir après le repas
pendant 15 jours

CEDOL 400MG/20MG COMPRIMÉ BOÎTE DE 20

2 Comprimés le matin 2 Comprimés le soir après le repas
pendant 10 jours

DERMASEPT SPRAY

1 Application le matin, 1 Application le soir pendant 10
jours

صيدلية الأندلس
PHARMACIE AL ANDALOUS
Dr. Benisselloun Taoufik
118, BOULEVARD MOHAMMED
TEL: 05 39 94 60 10
TANGER

Dr. Sanae Nasri
Diabétologie - Diététique Médicale
Echographie Générale
Angle Av Prince Heritier et Ibn Haytem
Res Mahmoudia 1 bureau N°6 - Tanger
tel: 05 39 94 60 10
tél: 05 39 94 60 10

زاوية شارع ولي العهد و ابن الهيثم، إقامة المحمودية 1، عيادة 6 طنجة
Angle Av. Prince Heritier et Ibn Haytem, Res Mahmoudia 1 bureau N°6 Tanger
+212 (0) 654 64 53 60
+212 (0) 539 34 20 26
sanaekasm@yahoo.fr

فيتانفريل[®] قوي

بنفوتيامين 100 ملغ

Après

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم



Composition:

Benfotiamine 100 mg

Excipients q.s.p. 1 comprimé pelliculé

Excipients à effet notoire :

lactose, saccharose

lire attentivement la notice avant utilisation
ne pas laisser à la portée des enfants

VITANEVRIL[®] FORT 100 mg



30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

25,80

PPV
LOT
PER



صيدوول

باراسيتامول / كودينين

عن طريق الفم

Cédo!®

20 Comprimés



6 118000 180913



ستتيناك

22,00



حبة

20

2 حبة

باراسيتامول / كودين

سیدول



Asu

عن طريق الفم

2

200

Cédo!®
20 Comprimés



6 118000 180913



سنتيك

28,00

