

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 réeducations.
- 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



Déclaration de Maladie

Nº P19-0049100

Maladie

Dentaire

Optique

Couvert

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 41138

Société : R.A.M / 179877

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SENHAJI CHAHID Abdellah

Date de naissance : 01.01.58

Adresse : 32 Rue Rahal Ben Ahmed

Tanger

Tél. : 0668 565492

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/10/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ZEMMOURI Zohra

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 : 18/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº P19-049100

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>Dr. T. BENCHIKOUN Wafa 3 Place de France - Tanger NPI: 162048375</p>	18/10/23	505.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a circle divided into 24 equal sectors by 12 radii. Each sector contains a circle with a number from 1 to 24. The numbers are arranged as follows:

- Row 1 (top):** 1, 1, 2, 3, 3, 4, 5, 5, 6, 6, 7, 7.
- Row 2:** 8, 8, 9, 9, 10, 10, 11, 11, 12, 12, 13, 13.
- Row 3:** 14, 14, 15, 15, 16, 16, 17, 17, 18, 18, 19, 19.
- Row 4:** 20, 20, 21, 21, 22, 22, 23, 23, 24, 24, 24, 24.

The circle is centered at the origin of a coordinate system with four axes labeled D (left), H (up), G (right), and B (down).

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE PASTEUR

3, Place de France -TANGER-

R.C :

Patente:50413621

T.V.A :81322320

Banque:ATTIJARI BANK

Tél :0539932422

Le 18/10/2023

FACTURE N°1003554

N° ICE : 001750882000009

N° IF : 81322320

ZEMOURI ZOHRA

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	AMAREL 4MG B30	68,80	68,80		
1	JANUMET 50-1000MG / 56CP	437,00	437,00		

Pharmacie Pasteur
Dr. T. BENCHEKROUN Wafa
3 PLACE de France - Tanger
INPE: 162048375

TOTAL T.T.C :

505,80

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

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Cinq Dirhams et 80 centimes.

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعة الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

بصـر فـقط بـو جـو دـو صـفـة طـبـيـة - قـائـمة 1

Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme

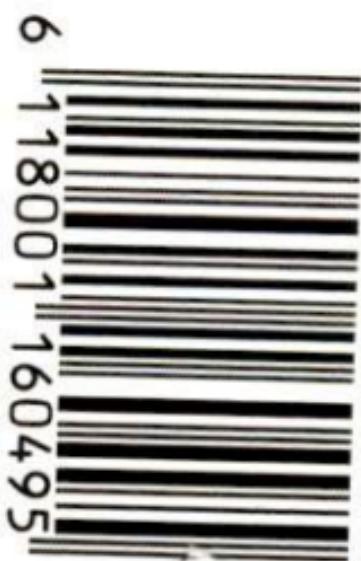
166, 168 Bd Zerkouni

Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.





Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومنت 50 ملجم / 1000 ملجم

أقراص مغلفة

Sitagliptin /chlorhydrate de metformine;

سيتاجليپتين / ميتفورمين هايدروكلورايد

Merck Sharp & Dohme B.V
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem
Pays-Bas

Amarel®

glimépiride/glimepiride

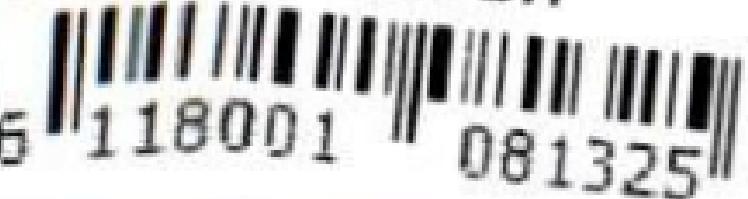
Voie orale/oral use

30 Comprimés/tablets

4 mg

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH



6 118001 081325



SANOFI