

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.

Radio-logie 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

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° P19-0030970

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1891 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMZAOUJ Rachida

Date de naissance : 5/08/1950

Adresse : 36 Rue Ishaac M... Tanger

Tél. : 0661200070 Total des frais engagés : 364 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/11/2019

Nom et prénom du malade : Amzamej Rachida Age :

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : Le : 29/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-030970

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 :

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
29.11.15	C ₂		250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.11.15	11590

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Fluibron®

Ambroxol

MASNAOUI
SPECIALISTE DES MALADIES RESPIRATOIRES
des allergies
Médecine
(NCE)
Allergiste
Diplômé



الدكتور عبد الرحيم المسناوي
اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
داء السل - الضيق - أمراض الحساسيات
خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)
طبيب اختصاصي سابقا
بمستشفيات بوردو

ur, le : 19.11.18 : طنجة، في :



- Radiographie Thoracique

الفحص بالزاديو

- Bronchofibroscopie

الفحص بالمنظار

- Exploration Fonctionnelle

Respiratoire

كشف الوظيفة

التنفسية

- Tests cutanés Allergique

الإختبار الجلدي

للحساسية

Am tane j Rodita

عبد الله

Fluibron

19.11.18



الدكتور عبد الرحيم المسناوي
Dr. Abderrahim El Masnaoui
اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
Specialiste des Maladies Respiratoires & Maladies Allergiques
طنجة
1981 Rue de Belgique 1er Etage 193 Tanger

Pharmacie Labonord sari
Dr. ZEROUAL Hammou
67/69 Rue de Fes - Tanger
0539 942 587 - 0539 942 782
Fax : 0539 942 049

19 مكر، شارع بلجيكا (عمارة البنك الشعبي) المصلى- الطابق الأول- رقم 3 - طنجة

19, Bis Rue de Belgique (Imm. Banque Populaire) M'Sallah - 1er Etage - N°3 - Tanger

GSM: 06 61 30 81 56 - Tél.C : 05 39 37 17 47 ع.

**Centre
Monétique
Interbancaire**

29/11/19 19:23:34
9900374449
93744401
PHARMACIE ZEROUAL
Tanger

A0000000032010
APP : VISA ELECTRON
AMZAOUJ/RACHIDA.MME
xxxxxxxxxxxxx8265
11/20 CARTE NATIONALE
70C32AEDE08C9729
626-0-9999-1-44

MONTANT: 113,90 MAD

NUM TRANSACTION : 002
NUM AUTORISATION: 0C7325
STAN : 004830

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

LOT: 029119 PER: 03/2022
PPV: 75,10 DH

عن طريق الفم

500 ملغ

أفوكس
ليفوفلوكساسين

EVOX® 500 mg

DCI: Levofloxacin

5 Comprimés pelliculés sécables

6 118000 340478



أقراص مبلعمة
قابلة للكسر

تركيبة :
ليفوفلوكساسين : كمية كافية للقرص وليس قابل للكسر
مواصفات : 500 ملغ

شروط الاستعمال :
عن طريق الفم.
الترجم وصفا الطبيب.
يحفظ بعيدا عن تناول و مرأى الأطفال.
يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية.
توجد في قرص مبلعمة قبل الاستعمال.

N° AMM : 80/15DMP/21/NNP

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance

Tablets, A / D, etc.