

# 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.

## Pathologie 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° P19-0049282

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1891

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : AMZAOUJ RACHIDA

Date de naissance : 5/08/1950

Adresse : 36 Rue Ishara Moussat, Msallah

Tanger

Tél. : 0661 2007

Total des frais engagés : 24000

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... 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 : Tanger

Le : 12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

N° P19-049282

Déclaration de maladie

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 : .....



<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
<b>Dates des Actes</b>	<b>Natures des Actes</b>	<b>Nombre et Coefficient</b>	<b>Montant détaillé des Honoraires</b>	<b>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</b>

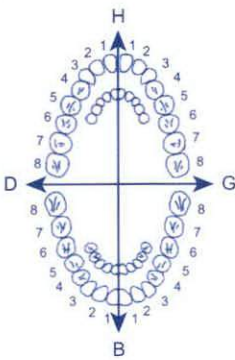
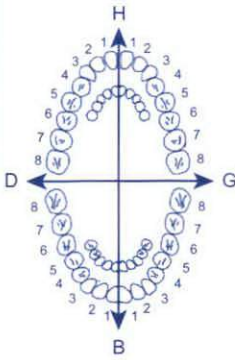
[illegible][illegible][illegible]

\* 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 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><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></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																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

**Docteur Bouchra KRAMI**  
Spécialiste des maladies Cardio-Vasculaires  
Cardiologie Pédiatrique  
Diplômée de l'Université Med V de Rabat



الدكتورة بشرى الكرامي  
اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين  
أمراض القلب عند الأطفال  
خريجة كلية الطب بالرباط

Tanger, le 28/11/2015

Tam Zayed Rachida

ANG-inib 50  
1cp / 5

80,10  
x3

2-3 mos

24/05

Pharmacie Labonard  
Dr ZEROUAL Hammou  
67/69 Rue de Fes - Tanger  
Tél: 0539 942 587 - 0539 942 759  
Fax: 0539 942 049

ملتقى شارع محمد بن عبد الله و زنقة الدار البيضاء، إقامة آية، بلوك س الشقة رقم 95 (قبالة فندق انتر كونتيننتال) \* طنجة

الهاتف : 05 39 33 11 66

Résidence Aya Bloc C Appt.95 Angle Avenue Med Ben Abdellah et Rue Casablanca \* Tanger  
(en face de l'hôtel Intercontinental) \* Tél.: 05 39 33 11 66

**ANGINIB® 50mg**

**Losartan**

LOT:200  
PER:NOV 2021  
PPV:80 DH 00

معهد الصيدلة



**28 قرصا**  
**مليسا**



**لوزر تان**

أنجینیب<sup>®</sup> 50 مغ

**ANGINIB 50 mg**

28 Comprimés pelliculés ○



6"118000"050636

**COMPOSITION**

osetan potassium ..... 50 mg	Exciipients q.s.p. .... 1 comprimé
..... 50 mg	..... 1 comprimé

التركيب:

..... 50 mg	..... 1 قرص
-------------	-------------

التعليق:

Maria SEDRATI Pharmacie Responsable  
BP 4491 - 12100, Ain El Aouda - Maroc  
الصيدلانية المسؤولة: السيدة - البريد - المراسلة  
12100 4491

Fabrique par : Les laboratoires PHARMACEUTICAL INSTITUTE

**CONDITIONS D'EMPLOI**  
 Your notice à l'intérieur  
 Votre contrat

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

66X20X84



**ANGINIB® 50mg**

**Losartan**

LOT:200  
PER:NOV 2021  
PPV:80 DH 00

معهد الصيدلة



**28 قرصا**  
**مليسا**



**لوزر تان**

أنجینیب<sup>®</sup> 50 مغ

**ANGINIB 50 mg**

28 Comprimés pelliculés ○



6118000050636

**COMPOSITION**

osetan potassium ..... 50 mg  
Excipients q.s.p. .... 1 comprimé

التركيب:

الوسيتان بوتاسيوم ..... 50 مغ  
مكونات باقى لحد 1 قرص

Maria SEDRATI Pharmacie Responsable  
Bordj - Algérie - Maroc  
BP 4491 - 12100, Ain El Aouda - 4491

إلى رفقة بـ: Les laboratoires PHARMACEUTICAL INSTITUTE

**CONDITIONS D'EMPLOI**  
 Voir notice à l'intérieur  
 Voir grille

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

66X20X84

**ANGINIB® 50mg**

**Losartan**

LOT:200  
PER:NOV 2021  
PPV:80 DH 00

معهد الصيدلة



**28 قرصا**  
**مليسا**



**لوزر تان**

أنجینیب<sup>®</sup> 50 مغ

**ANGINIB 50 mg**

28 Comprimés pelliculés ○



6118000050636

**COMPOSITION**

osetan potassium ..... 50 mg  
Excipients q.s.p. .... 1 comprimé

التركيب:

الوسيتان بوتاسيوم ..... 50 مغ  
مكونات باقى لحد 1 قرص

Maria SEDRATI Pharmacie Responsable  
Bordj - Algérie - Maroc  
BP 4491 - 12100, Ain El Aouda - 4491

إلى رفقة بـ: Les laboratoires PHARMACEUTICAL INSTITUTE

CONDITIONS D'EMPLOI  
 Voir notice à l'intérieur  
 Voir grille

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

66X20X84