

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.

Diagnostique 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- 0043680

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503 Société : ND: 25700

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boutcher Fatima

Date de naissance : 1958

Adresse : Lts ENNASR Rue 18 N° 12, Tanger

Tél. : 0606 282635 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelghani ZEKHINI
Cardiologue
27, Bd. Mohammed V - Tanger
INP: 161 - 141 - 189

Date de consultation : 27/12/2020

Nom et prénom du malade : BOU DHAR / PHAN Age: 62

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

Nature de la maladie : HTA

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 : 27/02/2020

Signature de l'adhérent(e) : AB

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

21/12/2019 21 21 300 DH 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

30/12/2019

861,60

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

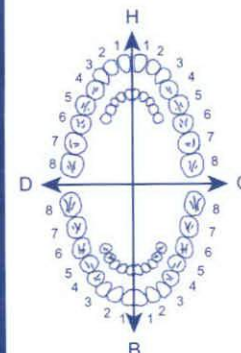
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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

H

25533412
00000000
D 00000000
35533411

B

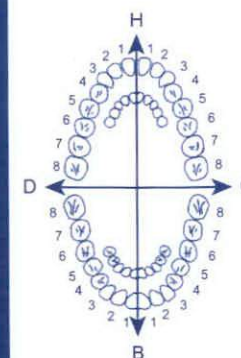
21433552
00000000
G 00000000
11433553

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(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

Docteur Abdelghani ZEKHNINI

CARDIOLOGUE-RYTHMOLOGUE

Spécialiste des maladies du coeur et des vaisseaux

Diplômé de la faculté de médecine de Bruxelles
(UCL)

TANGER, le : 27/12/2019

Ordonnance

M. BOUTAHER Fatima

158,20 x 3.

CO AVACOR 300/12.5 mg 1 co /j

21,80 x 3

ASPEGIC 100 , Sachet 1 sachet /j

57,80 x 3

LD NOR 10 mg, Comprimé pelliculé 1 co /j

49,40 x 3

AMEP 5mg, Comprimé 1 co /j

Traitement 3 mois

≠ 861,60 ≠

Dr. Abdelghani ZEKHNINI
Cardiologue
27, Bd. Mohammed V - Tanger
INP: 161 - 141 - 189

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 21DH80
LOT: 19E003
PER: 03 2021
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 21DH80
LOT: 19E003
PER: 03 2021
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 21DH80
LOT: 19E003
PER: 03 2021
6 118000 061113

27, Boulevard MOHAMMED V , 90000, TANGER, MAROC

Tel : 0539 34 31 03 - Email : cardiozek@yahoo.fr

COAVACOR®

Irbésartan / Hydrochlorothiazide

300/12,5 mg

VOIE ORALE

30 Comprimés pelliculés

INDICATIONS ET POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale

COMPOSITION :

Irbésartan (DCI) 300,0 mg
Hydrochlorothiazide (DCI) 12,5 mg
Excipients 1 Comprimé pelliculé

COAVACOR® 300/12,5 mg



COAVACOR®

Irbésartan / Hydrochlorothiazide

300/12,5 mg

COAVACOR®

Irbésartan / Hydrochlorothiazide

300/12,5 mg

VOIE ORALE

30 Comprimés pelliculés

INDICATIONS ET POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale

COMPOSITION :

Irbésartan (DCI) 300,0 mg
Hydrochlorothiazide (DCI) 12,5 mg
Excipients 1 Comprimé pelliculé
Lactose

COAVACOR® 300/12,5 mg



AMM N°387/17 DMP/21/NNP

C91392-01

LOT 190541
EXP 03/2022
PPV 49.40DH

5 ملغ
عن طريق الفم

28 x قرصا



AMEP® 5mg
28 comprimés



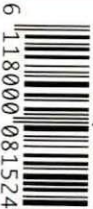
6 118000 081524

5 ملغ
عن طريق الفم

28 x قرصا



AMEP® 5mg
28 comprimés



6 118000 081524

28 x قرصا



AMEP® 5mg
28 comprimés



6 118000 081524

COOPER
Pharma

COOPER
Pharma

28 x قرصا

49,40

49,40

PPV (DH) :

LOT : 191262
UT AV : 07/2022
PPV:57,80DH

LOT N° :

UT AV :

LOT : 191262
UT AV : 07/2022
PPV:57,80DH

LOT N° :

UT AV :

LOT : 191262
UT AV : 07/22
PPV:57,80DH

LOT N° :

UT AV :

10
عن طريق الدم

للا- نور
أنورفاستاتين

قرصا مليسا

30 x

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

COOPER
PHARMA

عن طريق الدم
معدة - صباح - زوال - مساء

عن طريق الدم

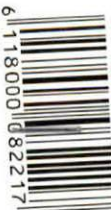
أنورفاستاتين

قرصا مليسا

30 x

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

COOPER
PHARMA

عن طريق الدم
معدة - صباح - زوال - مساء

عن طريق الدم

للا- نور
أنورفاستاتين

قرصا مليسا

30 x

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

COOPER
PHARMA

عن طريق الدم
معدة - صباح - زوال - مساء