

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Instructions 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.

## Biologie 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

- Reclamation : 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19-0032109

ND: 79410

Courrier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1221

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL BROUJI MUSTAPHA

Date de naissance :

30/09/51

Adresse :

172 BD MED II TANGIER

Tél. :

06 71 343406

Total des frais engagés :

654,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/07/2021

Nom et prénom du malade :

M. EL BROUJI MUSTAPHA

Age : 19.7

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

CORONAR

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 :

TANGIER

Le :

25/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :


[Signature]



# 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 Règlement des Actes
12/07/21	C2			Dr. BOUTALEB JAMAL NEPHROLOGUE 7, Rue Terchoir TANGER Tel: 06 38 83 27 15 INP: 161038500

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/07/21	654,00 DH -

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

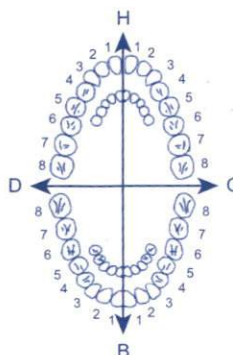
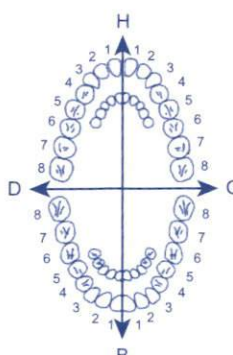
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bil

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></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																	
	<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



# مركز امراض الكلي والكلية الا صطناعية ابن سينا CENTRE NEPHROLOGIE - HEMODIALYSE AVICENNE

**Dr. BOUTALEB J. Jamal Eddine**

Néphrologue-Hémodialyse

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Marseille

( France )



الدكتور بوطالب ج. جمال الدين

اختصاصي

في امراض الكلي والكلية الا صطناعية

خريج كلية الطب بمرسيليا

(فرنسا)

INP :161038500



Tanger, le

12/07/2021

طنجة، في

*Dr. Boualeb J. Jamal Eddine*

**S.V** PH.TRIAL ATLAS

2 Dolesprane cp 1000

1 cp x 2

**S.V** PH.TRIAL ATLAS

14,00 x 2 = 28,00

ofken 200

1 cp x 2

**S.V** PH.TRIAL ATLAS

170,00 x 1 = 170,00

vitamine c 1000

188,00 x 1 = 188,00

1 cp x 1

**S.V** PH.TRIAL ATLAS

132,00 x 1 = 132,00

Zinc cp



LOT 202031 1  
EXP 08 22  
PPV 170.00 DH

T8v2

7 زفقة ترعة ( وراء فندق رمبراند ) - الهاتف: 0539 33 27 15 / 33 68 77 - فاكس: 0539 33 68 78 - الهاتف المتحرك: 0661 37 80 13 - طنجة

7, Rue Targha ( Derrière Hôtel Rembrandt ) - Tél: 0539 33 27 15 / 33 68 77 - Fax: 0539 33 68 78 - G.S.M: 0661 37 80 13 - Tanger

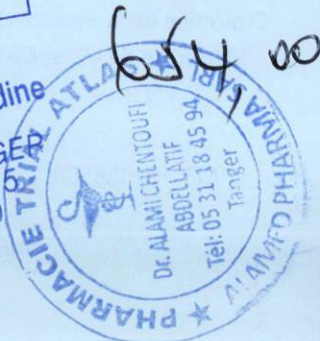
E-mail: jamal.boutaleb@gmail.com - www.avicennetanger.ma



- Zithromax S.V. PH.TRIAL ATLAS 79,70 x 1 = 79,70  
 - Dine amphi 56,30 x 1 = 56,30  
 - lamf S.V. PH.TRIAL ATLAS

Alimento alimentar à base de ... inóculo, Vit  
 ação : 30  
 188,00  
 N° de lote / Consumir de preferência  
 ACD103  
 2023-06  
 LAPARA SARL - IF: 1086552 90 rue Abdelmalek Marou  
 ep, Portugal : DIETIMPORT SA PT502365110 - Rua Dr. C  
 PORTUGAL: Fabrique par Laboratoires SUPER DIET - Rela  
 PHARM Codex, Sittoung, République de Côte d'Ivoire

Dr. BOUTALEB Jamal Eddine  
 NEPHROLOGUE  
 7, Rue Terghat - TANGER  
 Tél.: 05 39 38 27 15  
 INP: 161038500



PPV: 56,30 DH  
 LOT: 21A05D  
 EXP: 01/2023

UT.AV: 13 2022 P.P.V.  
 LOT N°: 160439 79,70

09366030/4

PPV: 14DH00  
 PER: 05/24  
 LOT: K1368

PPV: 14DH00  
 PER: 05/24  
 LOT: K1369

ZINC + HISTIDINE + VIT. C  
 PVC: 132,00 DH  
 UT Av: Lot:  
 12/2023 L07C120  
 Mceutik





# ALAMED PHARMA S.A.R.L- PHARMACIE TRIAL ATLAS

HAY MOUJAHIDINE ASSPIRANSSA TF6640/G

R.C :100867

Patente:50204281

T.V.A :

C.N.S.S:1706715

Tél :0531184594

Le 12/07/2021

**FACTURE N°11911**

N° ICE : 002157127000057

N° IF : 37722696

**EL BROJI MUSTAPHA**

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	OFIKEN 200 MG / 16 CPS	170,00	170,00	11,12	7,00
1	ACEROLA VIT C-30 CP	188,00	188,00	12,30	7,00
1	ZINC+HISTIDINE+VIT C	132,00	132,00		
1	ZITHROMAX 500 MG 3 CPS	79,70	79,70	5,21	7,00
1	D-CURE / 4 AMPOULES BV	56,30	56,30	3,68	7,00
2	DOLIPRANE 1000 MG 10 CPS	14,00	28,00	1,83	7,00
		<b>TOTAL T.T.C : 654,00</b>			

Nbr Articles	TVA 7% Base :	522,00	Montant :	34,14	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	---------

**Arrêté la présente facture à la somme de :  
Six Cent Cinquante Quatre DIRHAMS.**