

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° M20- 0000450

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Boutaher Fatima
Date de naissance : 1958
Adresse : Lot 5 n°5 Rue 18 N°12 Tanger
Tél. : 0656156668 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 13 / 12 / 2021
Nom et prénom du malade : Boutaher Fatima Age :
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 : Le : / /

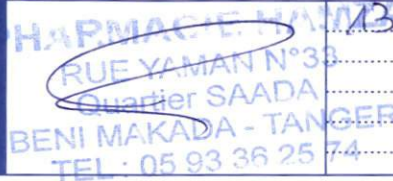
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
13/12/21	ECG		3000 n	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/12/21	933,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

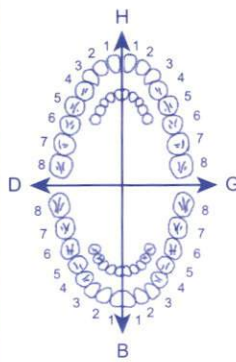
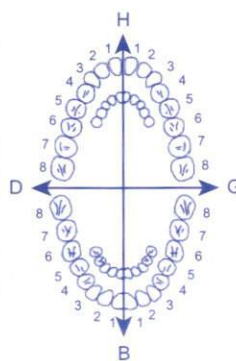
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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		
	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

Docteur Abdelghani ZEKHNINI

CARDIOLOGUE-RYTHMOLOGUE
Spécialiste des maladies du cœur et des
vaisseaux

Diplômé de la faculté de médecine de Bruxelles
(UCL)

TANGER, le : 13/12/2021

Ordonnance

M. BOUTAHER Fatima

CO AVACOR 300/12.5 mg 1 co /j

ASPEGIC 100 , Sachet 1 sachet /j

LD NOR 10 mg, Comprimé pelliculé 1 co /j

AMEP 5mg, Comprimé 1 co /j

VITANEVRIL FORT : 1 comp. 1 fois par jour

Traitement 3 mois

PHARMACIE HANZA
Quartier SAATA
BENI MAKADA - TANGER
TEL : 05 93 36 25 74

Dr. Abdelghani ZEKHNINI
Cardiologue
27, Boulevard Mohammed V - Tanger
Tél : 05 93 36 25 74

27, Boulevard MOHAMMED V , 90000, TANGER, MAROC

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

158,20

COAVACOR® 300/12.5 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 121244

COAVACOR® 300/12.5 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 121244

158,20

COAVACOR® 300/12.5 mg

30 Comprimés pelliculés



6 18000 121244

158,20

LOT : 19E005
PER : 06/2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 20E009
PER : 05/2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 20E010
PER : 11/2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 210059

UT AV : 01/2024

PPV : 57,80DH

LOT : 210059

UT AV : 01/2024

PPV : 57,80DH

LOT : 210059

UT AV : 01/2024

PPV : 57,80DH

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

49,40

AMEP® 5mg

28 comprimés



6 118000 081524

AMEP® 5mg

28 comprimés



6 118000 081524

AMEP® 5mg

28 comprimés



6 118000 081524

49,40

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593