

# 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.

## 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.

## Éducation :

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.

## Déclaration de Maladie et Affectation 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

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

102619

## Déclaration de Maladie : N° P19-0018515

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1221 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL BROJI MUSTAPHA Date de naissance :

Adresse : 174 BP MED VI TANGER

Tél. 06 71 34 34 06 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUTALEB Jamal Eddine  
NEPHROLOGUE  
Rue Terghat - TANGER  
Tel. 05 99 33 27 15  
INP: 161036500

Date de consultation : ..... 1/1/2022

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

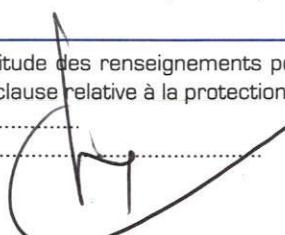
Nature de la maladie : ..... DIABETE

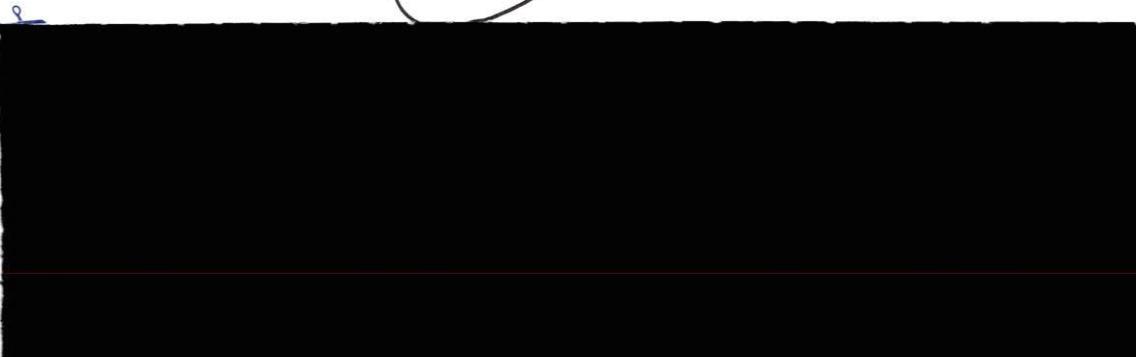
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : 02/02/2022

Signature de l'adhérent(e) : 



## RELEVE 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
01/02/22	62		200,00	Dr. BOUTALEB JALAL NEPHROLOGUE 7, Rue Terghane TANGER Tél.: 05 39 88 27 15 INP: 161038500

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Dr. ALAMI CHENTOUF ABDELLAH Hay Moulay Idriss Assifwassa T 554015 Tel : 05 31 18 45 94 - Tanger pharmacie.trialulus@gmail.com</p>	02/02/2022	616,50 DH

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز امراض الكلى والكلية الا صطناعية ابن سينا  
CENTRE NEPHROLÓGIE - HEMODIALYSE AVICENNE

Dr. BOUTALEB J. Jamal Eddine

Néphrologue-Hémodialyse  
Diplômé de la Faculté de  
Médecine de Marseille  
( France )



الدكتور بوطالب ج. جمال الدين  
اختصاصي

في امراض الكلى والكلية الا صطناعية  
خريج كلية الطب بمرسيليا  
(فرنسا)

INP : 161038500



Tanger, le 01/02/2022 طنجة، في

M<sup>me</sup> El hajji Mostapha

393,-<sup>00</sup> Dianelion 600 mg

S.V PH.TRIAL ATLAS

168,-<sup>00</sup> Glecaproheda

05 (five) 03 m

55,-<sup>00</sup> Amoxil 500

06 (six) 03 m

616,-<sup>00</sup>

04 (four) 03 m

ALAMED PHARMA S.à.r.l.  
PHARMACIE TRIAL ATLAS  
Dr. ALAMI CHENTOUFI ABDELLA  
Hay Moujahidine Aspiranessa 1F 86400  
Tél.: 05 31 18 45 94 - Tanger  
pharmacie.trialatlas@gmail.com

Dr. BOUTALEB Jamal Eddine  
7, NEPHROLOGUE  
Rue Tergha - TANGER  
Tél.: 05 39 33 27 15  
INP: 161038500

45,20

زنقة ترغة (وراء فندق رمبراند) - الهاتف: 0539 33 68 77 - فاكس: 0539 33 27 15 / 33 68 77 - طنجة 7

7, Rue Tergha ( Derrière Hôtel Rembrant ) - 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



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

HAY MOUJAHIDINE ASSPIRANSSA TF6640/G

R.C :100867

T.V.A:

Patente:50204281

C.N.S.S:1706715

Tél :0531184594

Le 01/02/2022

## FACTURE N°15978

N° ICE : 002157127000057

N° IF : 37722696

M EL BROJI MUSTAPHA

28,00

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
6	GLUCOPHAGE 1000 MG 30 CPS	28,00	168,00	10,99	7,00
1	AMOXIL 1G / 12 CPS DISP	55,00	55,00	3,60	7,00
5	DIAMICRON L M 60 MG CPS GM	78,70	393,50	25,74	7,00

LOT 210077  
EXP 01/2024  
PPV 28.00DH

28,00

45,20

PPV: 55,00 DH  
LOT: 647215  
PER: 01/23

12  
6



**TOTAL T.T.C :**

**616,50**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	616,50	Montant :	40,33	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Six Cent Seize DIRHAMS et 50 centimes