

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.

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 canalaire, 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 canalaire.

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



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 BROUJI MUSTAFA Date de naissance :
Adresse : 174, Bd MED VI TANGER
Tél. : 06 71 34 34 06 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/02/2022

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) :

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

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
01/02/22	G		200,00	Dr. BOUTALEB JABRI NEPHROLOGUE 7, Rue Terghat Tél.: 05 39 88 27 15 INP: 161038500

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>ALAMED PHARMACIE TRIANGLE Dr. ALAMI CHENTOUFI Hay Moussidine Assouansa Tel: 05 31 18 45 94 - fanger pharmacie.triangle@gmail.com</p>	02/02/2022	616,50 DA

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/02/2022	616,50 DA

[illegible]

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

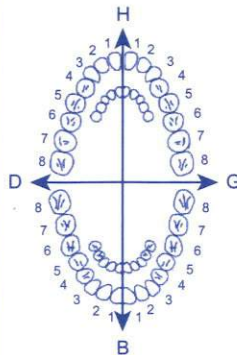
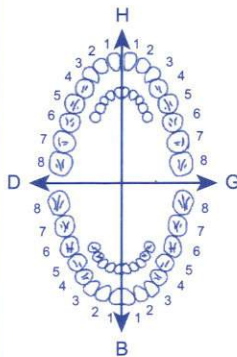
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>D G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> </div>				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																		
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <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> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>
		H																		
		25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
		D	G																	
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>																
		DATE DU DEVIS		<input type="text"/>																
		DATE DE L'EXECUTION		<input type="text"/>																

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Diplômé 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 01/02/2022

طنجة، في

M^{re} Elhadj Mustapha

393,50 Dianceuron 600mg

168,00 Gleeophages

55,00 Amoxil 500

616,50

S.V PH.TRIAL ATLAS

S.V PH.TRIAL ATLAS

S.V PH.TRIAL ATLAS

03 m

03 m

ALAMED PHARMA S.R.L
PHARMACIE TRIAL ATLAS
Dr. ALAMI CHENTOUFI ABDELHA
Hay Moujahidine Assiransse 1F 8640/3
Tél.: 05 33 33 27 15 - Tanger
pharmacie.trialatlas@gmail.com

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

45,20



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 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



78,70

78,70

78,70

44,70

45,20

78,70

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