

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.

Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

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° W21-703133

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503 Société : 124872

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boutahar Fatima

Date de naissance : 1958

Adresse : Lots Ennasr Rue N° 12, Tanger

Tél. : 06 19 95 82 86 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/06/2022

Nom et prénom du malade : BOUTAHAR Fatima Age : 64 m

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

Nature de la maladie : HDA

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-703133

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
4/07/92	n		300 D.A.	Dr. Abdelghani ZERHOUNI Cardiologue 27, Bd. Mohammed V - Tanger INP: 167-141-189

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie ANNASSR	4-07-82	991.62

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

[illegible]

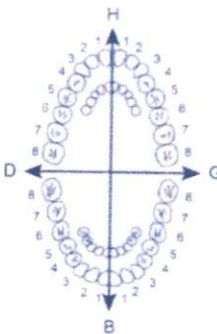
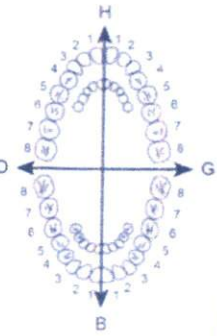
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <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> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 : 04/07/2022

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

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

27, Boulevard MOHAMMED V , 90000, TANGER, MAROC

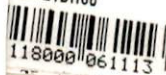
Tel : 0539 34 31 03 - Email : cardiozek@yahoo.fr



0

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 21DH80LOT : 21E001
PER.: 11 2022AMEP® 5mg
28 comprimésLOT : 21E001
PER.: 11 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.V.: 21DH80



AMEP® 5mg

28 comprimés

6 118000 081524

49,40

AMEP® 5mg

28 comprimés



6 118000 081524

49,40

LOT : 211298

EXP : 09/2024

PPV : 57,80DH

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



158,20

COAVACOR® 300/12,5 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 121244

158,20

COAVACOR® 300/12,5 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 121244

158,20

COAVACOR® 300/12,5 mg

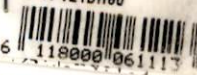
30 Comprimés pelliculés



6 118000 121244

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



PPV

LOT

PER

28,80

VITANEVIR® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

LOT : 220041

EXP : 03/2025

PPV : 57,80DH

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

LOT : 211299

EXP : 09/2024

PPV : 57,80DH

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

VITANEVIR® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

28,80

VITANEVIR® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés