

## 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 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-703133

*par courrier*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>1503</b>	Société :	Autres : <b>124872</b>
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>Boutaher Fatima</b>		
Date de naissance : <b>1958</b>		
Adresse : <b>Lots Ennasr Rue N° 12, Tanger</b>		
Tél. : <b>06 19 95 62 86</b>	Total des frais engagés : ..... Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
<b>Dr. Abdelghani ZEKHNINI</b> Cardiologue 27, Bd. Mohammed V - Tanger INP: 161-141-189		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <b>05/07/2022</b>	Nom et prénom du malade : <b>Boutaher Fatima</b> Age : <b>64 ans</b>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<b>HOT</b>	
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) : .....

<b>VOLET ADHÉRENT</b>	
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 : .....	

#### **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
10/07/2014	6		3000 Dh	<p style="text-align: center;">INP : 161-141-189            DE : Abdelghani ZERTOUNI            Cardiologue            27, Bd.Mohammed V-Tanger</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>1. BAHRI</b> <b>Dra. Moulaya</b> <b>Tel.: 05 49 31 08 64</b> <b>TANGER</b>	4-07-22	991.62

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

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

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISCA ET SAGITTET PUPPRACTICAL ATTENDANT LITERATURE

**Docteur Abdelghani ZEKHNINI**

**CARDIOLOGUE-RYTHMOLOGUE**  
**Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux**

Diplomé de la faculté de médecine de Bruxelles  
(UCL)

**TANGER, le : 04/07/2022**  
**Ordonnance**

**M. BOUTAHER Fatima**

1 { 8.20 x 2  
2 1,80 x 1  
57.80 x 3  
49.60 x 3  
2880 x 3

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

Traitements 3 mois

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

991.62

---

27, Boulevard MOHAMMED V , 90000, TANGER, MAROC

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



0

ASPEGIC 100mg  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80

LOT : 21E001  
PER : 11 2022

LOT : 211298

EXP : 09/2024

PPV : 57,80DH

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

6 118000 082217

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80

6 118000 061113

LOT : 21E002  
PER : 12 2022

PER

88,80

VITANEVRIL FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 180593

LOT : 211299  
PER : 09/2024

49,40

AMEP® 5mg

28 comprimés

6 118000 081524

49,40

AMEP® 5mg

28 comprimés

6 118000 081524

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80

6 118000 061113

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 118000 121244

LOT : 211299  
PER : 09/2024

PPV : 57,80DH

LOT : 211299  
PER : 09/2024

PPV : 57,80DH

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

6 118000 082217

VITANEVRIL FORT 100 n  
30 comprimés pelliculé

6 118000 180595

LOT : 220041  
PER

28,80

VITANEVRIL FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 180593

LOT : 220041  
PER

28,80

VITANEVRIL FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés

6 118000 180593

LOT : 220041  
PER

28,80