

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

- 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

M22- 0023630

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07731 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TABIL BEN SLIMANE ABDELAZIZ

Date de naissance : 1957

Adresse : QUANTIANZIATEN - Tanger

Tél. : 0697530515 Total des frais engagés : 345.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL HFID MOHAMED
Professeur agrégé
Radiothérapie-oncologie
vacataire la Clinique d'Oncologie Tanger
INPE : 101111029

Date de consultation : 14 / 11 / 2028

Nom et prénom du malade : TABIL BENSLIMANE ABDELAZIZ

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

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
27/11/2018			6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14.11.2018	345.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

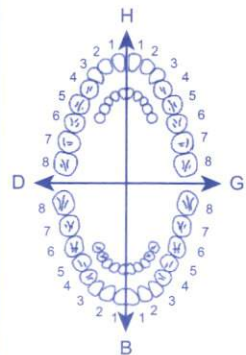
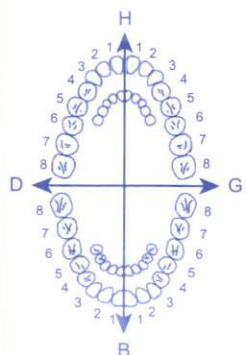
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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



مصحة الأنكلوجيا طنجة

CLINIQUE D'ONCOLOGIE TANGER

Tanger, le

14/12/2028

ORDONNANCE

MM TABIT BENSLIMANE

ABDELAZIZ.

RPV 14DHEO
PER 06/25
LOT L1973

① - 14.60 Doliprane 500 mg S.V.

② - 148.760p x 31 Diflucan 50 mg S.V.

DIFLUCAN®
50 mg FLUCONAZOLE
UT. AV. : 4 25 148 40
LOT : 5203

69,80

③ - 58.401062 Salipred 50 mg S.V.

69,80
0 32744
V 33DH30

قطعة 12 الغندوري • ملياطا
ص.ب. 11 640 محطة طنجة المدينة
90 000
Lot. 12, Z.A.T. El Ghandouri • Malabata
BP. 11 640 Tanger Médina Gare
90 000 Tanger

Dr. EL HFID MOHAMED
Pharmacien
Contact: 05 31 06 75 129
www.oncotanger.com

Pharmacie
Dr. LAOQUINI
Hay Ziaten - Tanger
Tél: 05 31 06 75 129

Rel + 75



Oncorad Groupe

123,60

④ - INExium gel 40



2 gel / j le soir avant
repas

plus 14 j.

345,60

(30 j)

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boîte 14

64175DMP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020807

Dr. EL HFID MOHAMED
Professeur agrégé
Radiothérapie-oncologie

vacataire la Clinique d'Oncologie Tanger
INPE : 101111029

PHARMACIE
LAAOUINI ZIATEN
DR. LAAOUINI LAILA
Hay Ziaten - Tanger
Tél: 05 31 06 75 12

Lot/Batch: 1PU9A
Fab Smfg.: 10/2021
EXP: 09/2024

Solupred® 20mg

OPEN

PHARMACIE LAAOUINI ZIATEN

3701 QAU ZIATEN 1A ANC TANGER

DR LAILA LAAOUINI
IF : 33660000
ICE : 002201698000022

R.C : 96717

T.V.A :



Patente:

Tél :

Le 14/11/2022

FACTURE N°36584

TABTT BENSLIMANE ABDELAZIZ
<CLIENT DE PASSAGE>

Quantité	Désignation	PPM	Total
1	DIFLUCAN 50MG 7 GELULES	148,40	148,40
1	SOLUPRED 20 MG CP	58,40	58,40
1	INEXIUM 40MG 14 COMP	123,60	123,60
1	DOLIPRANE 1000 BTE 8 COMP EFF	14,60	14,60
			
			Total = 345,00

Arrêté la présente facture à la somme de :
Trois Cent Quarante Cinq Dirhams.