

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-795535
Payez moi



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Boutâhès Fatima

Date de naissance :

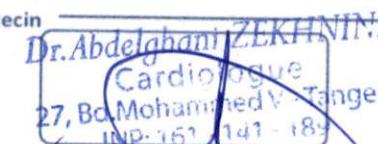
1958

Adresse : Lols Ennasr Rue 18 N° 12 Tanger

Tél. : 06 19 95 62 86

Total des frais engagés : DHS

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

6/04/23

Nom et prénom du malade :

Boutâhès Fatima

Age :

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 : Tanger

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Fatima

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
6/04/13	62		9	INP : 111111 Dr. Abdelghani ZEKHNINI Cardiologue 27, Bd.Mohammed V - Tanger Tél: 0522 141 484

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06.04.23	905,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 l'ODF.

Docteur Abdelghani ZEKHNINI

CARDIOLOGUE-RYTHMOLOGUE
Spécialiste des maladies du cœur et des
vaisseaux

Diplomé de la faculté de médecine de Bruxelles
(UCL)

TANGER, le : 06/04/2023
Ordonnance

M. BOUTAHER Fatima

NV

15820 x 3 CO AVACOR 300/12.5 mg 1 co /j 
2180 x 5 ASPEGIC 100 , Sachet 1 sachet /j 
5780 x 3 LD NOR 10 mg, Comprimé pelliculé 1 co /j 
4940 x 3 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
INPI: 161 - 41 - 189*

905,20

27, Boulevard MOHAMMED V , 90000, TANGER, MAROC

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



ੴ ਪ੍ਰਸਾਦਿ ।

۱۰

CAMENT + GROSSESSE = INTEPDIT

ne pas prendre ce médicament si vous êtes enceinte ou si vous pensez que vous allez devenir enceinte.



COOPER
PHARMA

DEPUIS 1933

41, Rue Med Diouri 20 110 Casablanca, Maroc
41 زنقة محمد الديوري، 20 الدار البيضاء، المغرب

Pharmacien responsable: Amina DAOUD

السيد المسوؤل: أمينة الداودي

10

Voice orale

NOR®

Atorvastatine

Comprimés pelliculés

30 x



COOPER
PHARMA

التركيبة :
أنتروفاستاتين كالسيوم معادل لأنثروفاستاتين 10 ملぐ
السراغات ك.د.ل. قرص ملين واحد.
سواغ ذو تأثير معروف : لاكتوز مونوسيكليرات *

شروط الإدخال :
لا يترك في متناول ومرأى الأطفال

تحذيب قرارة النشرة تبعن قبل الاستعمال

تحذيف في درجة حرارة لا تتعدي 25 درجة مئوية

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

LOT : 221192
EXP : 09/2025
PPV : 57,80DH

AMEP® 5mg
28 comprimés



6 118000 081524

49,40

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 082217
LOT : 281192
EXP : 09/2025
PPV : 57,80DH

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

158,20

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820

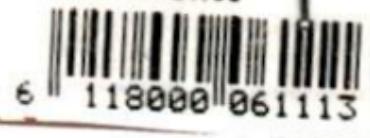
P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

AMEP® 5mg
28 comprimés



6 118000 081524

49,40

49,40

AMEP® 5mg
28 comprimés



6 118000 081524

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217