

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.

Educations :

- 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.

Prothèses :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

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

- Information : contact@mupras.com
- Service 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.

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° P19- 0043670 / 34818. *pan*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) *CAUMIER*

Matricule : *1503* Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *Boutaher Fatima*

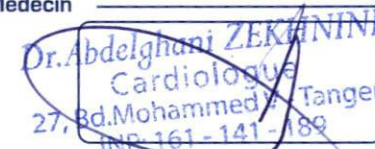
Date de naissance : *1958*

Adresse : *Lots ENNASR Rue 18 N°12 Tanger*

Tél. : *0606282635* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *16/07/2020*

Nom et prénom du malade : *BOUTAHER Fatima* Age : *62*

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

Nature de la maladie : *HTA*

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) :

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
10/07/20	2	9		Dr. Abdelghani ZEKHNINI Cardiologue 27 Bd. Mohammed V - Tanger INP: 161-441-189

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE HANZA RUE YAMAN N°33 Quartier SAADA ENI MAKADA - TANGER TEL : 05 93 36 25 74	10/07/20	861.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

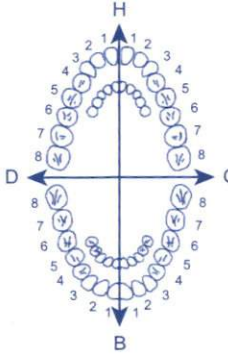
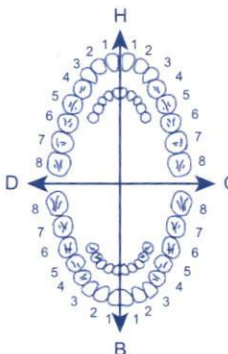
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																					
			DATE DU DEVIS																					
		DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Docteur Abdelghani ZEKHNINI

CARDIOLOGUE-RYTHMOLOGUE
Spécialiste des maladies du coeur et des
vaisseaux

Diplômé de la faculté de médecine de Bruxelles
(UCL)

TANGER, le : 10/07/2020

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

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

158,20

COAVACOR[®]

Irbésartan / Hydrochlorothiazide

300/12,5 mg

VOIE ORALE
30 Comprimés pelliculés

INDICATIONS ET POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale

COMPOSITION :

Irbésartan (DCI)	300.0 mg
Hydrochlorothiazide (DCI)	12.5 mg
Excipients :	q.s.p ... 1 Comprimé pelliculé
Excipient à effet notoire :	
Lactose	

COAVACOR[®] 300/12,5 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 121244

158,20

COAVACOR[®]

Irbésartan / Hydrochlorothiazide

300/12,5 mg

VOIE ORALE
30 Comprimés pelliculés

INDICATIONS ET POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale

COMPOSITION :

Irbésartan (DCI)	300.0 mg
Hydrochlorothiazide (DCI)	12.5 mg
Excipients :	q.s.p ... 1 Comprimé pelliculé
Excipient à effet notoire :	
Lactose	

COAVACOR[®] 300/12,5 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 121244

158,20

COAVACOR[®]

Irbésartan / Hydrochlorothiazide

300/12,5 mg

VOIE ORALE
30 Comprimés pelliculés

INDICATIONS ET POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale

COMPOSITION :

Irbésartan (DCI)	300.0 mg
Hydrochlorothiazide (DCI)	12.5 mg
Excipients :	q.s.p ... 1 Comprimé pelliculé
Excipient à effet notoire :	
Lactose	

COAVACOR[®] 300/12,5 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 121244

LOT : 200128
UT AV: 01/2023
PPV: 57,8Q DH

عن طريق الفم

أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés


COOPER
PHARMA

6 118000 082217 

LOT N°:

UT. AV.:

ملاحظة: لا صباح
إزالة الشمس مساء

LOT : 200128
UT AV: 01/2023
PPV: 57,8Q DH

عن طريق الفم

أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés


COOPER
PHARMA

6 118000 082217 

LOT N°:

UT. AV.:

ملاحظة: لا صباح ولا زوال مساء

LOT : 200128
UT AV: 01/2023
PPV: 57,8Q DH

عن طريق الفم

أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés


COOPER
PHARMA

6 118000 082217 

LOT N°:

UT. AV.:

ملاحظة: لا صباح
إزالة الشمس مساء

49, 40

5 ملغ
عن طريق الفم

28 x 

قرصا

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
مدة ٢٤ صباح  زوال  مساء

أع
ملغ
ألمرين

AMEP® 5mg



28 comprimés

6 118000 081524



COOP

PHA

49, 40

5 ملغ
عن طريق الفم

28 x 

قرصا

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
مدة ٢٤ صباح  زوال  مساء

أع
ملغ
ألمرين

AMEP® 5mg



28 comprimés

6 118000 081524



COOP

PHA

49, 40

5 ملغ
عن طريق الفم

28 x 

قرصا

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
مدة ٢٤ صباح  زوال  مساء

أع
ملغ
ألمرين

AMEP® 5mg



28 comprimés

6 118000 081524



COOP

PHA