

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-476194

Courrier

☐ Maladie ☒ Dentaire **16439** ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **00 2583** Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

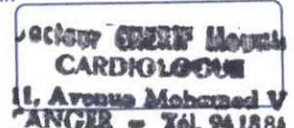
Nom & Prénom : **QUEZZANI MOHAMMED**

Date de naissance : **03-12-81**

Adresse : **RUE ALFARABI - 5-5ème étage TANGER**

Tél. : **0610549975** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : **19-11-31**

Nom et prénom du malade : **QUEZZANI MOHAMMED** Age : **38**

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

Nature de la maladie : **Maladie longue durée**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **13 JAN 2019**

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 : **19/11/2019**

Signature de l'adhérent(e) : 

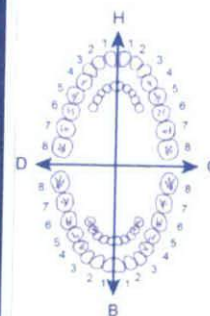
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/1/19	C2 + H216		380	INF 16/01/2018 Docteur CHERIF MOHAMMED CARDIOLOGUE II, Avenue Mohamed EL KADHI SANGHA

H. ANJANA MOHAMMAD
 TANGER - TEL 941584
 Cachet du Pharmacien
 ou du Fournisseur
 Pharmacie Les Palmiers
 Dr. ANJANA A.
 7, Rue Al Antaki - Tanger
 8 05 39 32 57 63
 EXECUTER LES ORDONNANCES
 Date 19-11
 Montant de la Facture 149,80

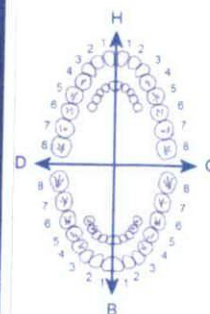
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Date	Désignation des		
 6118001030569 EXFORGE 5mg/160mg 28 comprimés pelliculés PPV: 361.00 DH	LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V : 34DH60 1180001060468	 470071372	LABORATORIOS CINFA S.A. simastatina cinfa 20 mg 28 comprimidos recubiertos con película EFG N.º de control: 7373004

[illegible]

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mounir CHERIF

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

11, Avenue Mohammed V

Cabinet : 05 39 94 18 84

Fax : 05 39 34 12 62

TANGER

Sur rendez-vous

الدكتور منير الشريف

اختصاصي في أمراض القلب

خريج كلية الطب بباريس

11, شارع محمد الخامس

العيادة : 05 39 94 18 84

الفاكس : 05 39 34 12 62

طنجة

بالموعد

19-11-19

Nohamed ouezzan

Régime peu salé
aspirine 100

x Eforge 100/5

atenolol 50 ou zofrol 50

$\frac{1}{2}$ c/s

x Lasix 1 c/b matin



DOCTEUR CHERIF MOUNIR
CARDIOLOGUE

11, Avenue Mohammed V
TANGER - Tél. 94 18 84

Dr Mounir
Cardiologue
1884

PHARMACIE LES PALMIERS

7, Rue Antaki TANGER

DR. AJANA ADEL
Docteur en Pharmacie
Lauréat de l'Université
de LILLE - FRANCE

R.C : 40318

Patente: 50438688

T.V.A :

Tél : 0539325763

Le 17/12/2019

FACTURE N°200191

ICE: 000506800000093
ICE: 000506800000093

M. OUEZZANI MED

Quantité	Désignation	PPM	Total
1	ASPEGIC SACHETS 100 MG	21,80	21,80
1	ZOTROL 50MG /28 CPS	25,00	25,00
1	LASILIX 40MG BT/20CP	34,60	34,60
1	VASTAREL 35MG LM /60CP	150,40	150,40
1	ZOCOR 20MG/28	116,70	116,70
1	EXFORGE 5MG/160MG	361,00	361,00



Total = 709,50

Arrêté la présente facture à la somme de :
Sept Cent Neuf Dirhams et 50 centimes.