

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 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

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.

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° M21- 0060296

826 13

~~826 1~~

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1969 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZERKANI ABDELHAK

Date de naissance : 1952

Adresse : Rue Belhoren RENOUVIA 1 8ème étage N°164

TANGER

Tél. : 0661535181 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/07/2021

Nom et prénom du malade : ZERKANI ABDELHAK Age :

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 : 27/07/2021 Le : 27/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-60296

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 :

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
27/7/04	G2		6.57	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/7/04	467,80 SHS

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

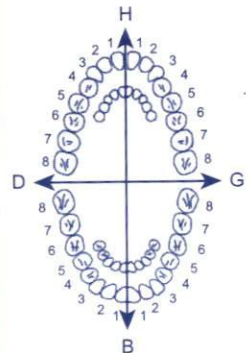
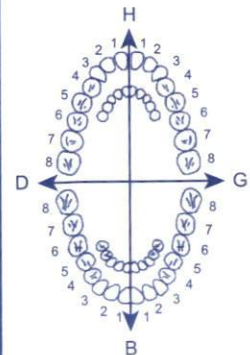
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B			Coefficient DES TRAVAUX
	(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 L'EXECUTION

Dr. Allal Abadi

Cardiologue

Diplômé des Universités de Paris
Membre de la Société Française de
Cardiologie

الدكتور علال العبادي

اختصاصي في أمراض القلب
والشرايين
خريج كلية الطب بباريس

Tanger, le 27/7/21 في طنجة،

Zekani Abdelhak

Co Ueplan 300/25 11j

153,60 x3

460,80

3 mois

(+ 10 mois)

153,60

Dr. ABADI ALLAL
Cardiologue
103, Rue de la liberté
Tél 05 39 93 23 97

Pharmacie Pasteur
Mme THENCHEKROU
Rue de France Tanger
Tél 00175083200000
NPE 162048375

153,60

153,60





PHARMACIE PASTEUR

3, Place de France -TANGER-

R.C :

Patente:50413621

T.V.A :81322320

Banque:ATTIJARI BANK

Tél :0539932422

Le 27/07/2021

FACTURE N°868649

N° ICE : 001750882000009

N° IF : 81322320

ZERKANI ABDELHAK

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
3	CO-VEPRAN 300-25MG / 28CP1	153,60	0,00	153,60	460,80		460,80		
Pharmacie Pasteur Pharmacie Pasteur Pharmacie Pasteur 3 Place de France Tanger ICE : 001750882000009 INPE : 162048375 Pharmacie Pasteur Mme TBOENCHEKROUN 3 Place de France Tanger ICE : 001750882000009 INPE : 162048375									
REMISE GLOBALE :		BRUT TTC	460,80	- Remise	0,00	= NET TTC	460,80		

Nombre d'Articles : 1

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quatre Cent Soixante Dirhams et 80 centimes.

Dr. Allal Abadi

Cardiologue

Diplômé des Universités de Paris

Membre de la Société Française de
Cardiologie

الدكتور علال العبادي

اختصاصي في أمراض القلب

والشرايين

خريج كلية الطب بباريس

Tanger, le 25/5/21 طنجة، في

Je soussigné Dr. ABADI
certifie que M. ZERKANI
Abdelhak est atteint d'une
hypertension artérielle -
Il nécessite un traitement
médical au long cours et
des contrôles réguliers -

Dr. ABADI ALLAL
Cardiologue
103 Rue de la Liberté
Tél 05 39 93 23 97



103, شارع الحرية - طنجة - الهاتف : العيادة 0539 93 23 97 مستعجلات : 0669 68 43 94
103, Rue de la Liberté TANGER Tél. : Cab. 0539 93 23 97 Urgences : 0669 68 43 94

☐ **valable 3 mois**

Le 24.1.5.../2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Dr ABADI Allal

Certifie que Mlle, Mme, M. : 2^{er} Kan Abdelhak

Présente HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)