

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.



Declaration de Maladie

N° W21-769802

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4633 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NHAMOUCHA KAMAL

Date de naissance : 14-11-51

Adresse : 48 Avenue Hassan II Fe

Tél : 06 60 31 28 09 Total des frais engagés : 2509,50

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Cardiopathie I DC chronique

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'at-
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : 11/11/19

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

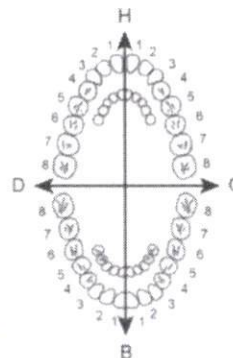
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/11/22	2209,50

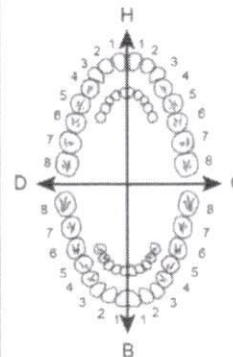
[illegible]

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

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



A diagram of a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from the front. The teeth are numbered 1 through 8 on both sides, starting from the midline (tooth 1) and moving outwards. The arch is bisected by a vertical line. Directional labels are present: 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'G' on the right. The teeth are represented by simple circles with some internal shading to indicate roots and crowns.

[illegible]

H	
33412	21
00000	00
00000	00
33411	11
B	

COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION
COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

FIN D'EXECUTION	
Coefficient des travaux	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
		H			
		25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D				G	
		00000000	00000000		
		35533411	11433553		
		B			

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

H

2553341

2 | 21433552

□

— 0

11

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des travaux

Montants des soins

Date du devis

Date de l'exécution

MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION

DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUT	

DATE DE
L'EXECUTION

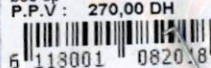
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Amilo® 5 mg
28 comprimés



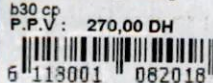
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH



- **DIPLOMÉ DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE RABAT
ET DE REIMS (FRANCE).**

- **DIPLOME UNIVERSITAIRE D'ECHO-DOPPLER CARDIAQUE
BORDEAUX II.**

- **ANCIEN MÉDECIN A L'HÔPITAL MILITAIRE DE RABAT
(HMIMV).**

- **EX. CHEF DE SERVICE DE CARDIOLOGIE
CHR AL GHASSANI - FÈS.**

01/11/2022

بالرباط
سدى جامعة
مسكري بالرباط
ب سابقا

Mme : BAHRI RANIA

$$528,60 = 176,20 \times 3$$

* 1) **HYTACAND 16/12.5**
1 cp le matin après repas (3 mois)

$$218,00 = 72,67 \times 3$$

* 2) **DETENSIEL 10 MG**
1 cp le matin (3 mois)

$$433,50 = 144,50 \times 3$$

* 3) **ESAC 20**
1 cp le matin 1/4h avant repas (3 mois)

$$800,00 = 266,67 \times 3$$

* 4) **COPLAVIX 75/100**
1cp le matin (3 mois)
régime peu salé

$$448,00 = 149,33 \times 3$$

* 5) **PRAVAFENIX 40/160**
1 GEL LE SOIR 1J/2 (3 mois)

* 6) **AMILO 5**
1 cp le soir i (3 mois)

$$73,00 = 24,33 \times 3$$

* 7) **Levothyrox 100 µg**

1 - 0 - 0 (3 mois)

1 - 2209,50



Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH



Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH



Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



DÉTENSIEL® 10 mg
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



DÉTENSIEL® 10 mg
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



DÉTENSIEL® 10 mg
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

شارع محمد السلاوي، زنقة الحسين الخضار إقامة النور (أمام سينما أسطور) مكتب رقم 101 الطابق الأول - فاس

Av. Mohammed Slaoui, Rue Houssin L'khaddar, Résidence Nour (En face du Cinéma Astor), Bureau N°101 (1^{er} Etage) - Fès
Tél/Fax : 05 35 65 22 22 / Gsm : 06.61.37.12.94 / E-mail : slaouimed123@gmail.com