

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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4633

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : N H A M O U C H A

K A M A C

Date de naissance : 14-11-51

Adresse : 418, Avenue Hassan II Fe

Tél. : 06 60 31 28 09

Total des frais engagés : 2 509,50

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : Candi opacité

TOC

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-

meilleur 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 : yes

Le : 11/11/19

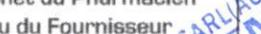
Signature de l'adhérent(e) :



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
11/11/2022	C2 ECG		300	INP : 141181834 Dr. M. Cardiologue Av. Saoui Résidence N° 22 1er Etage - FES - Tel/Fax 033 93 22 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Hassan HARTMANN 106, 36, 26, 1979 00144573000052	DA/11/22	209,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Amilo® 5 mg
28 comprimés



6 118000 021025

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

6 118001 082018

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

6 118001 082018

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

6 118001 082018

- DIPLOMÉ DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE RABAT
ET DE REIMS (FRANCE).
- DIPLÔME UNIVERSITAIRE D'ÉCHO-DOPPLER CARDIAQUE
BORDEAUX II.
- ANCIEN MÉDECIN À L'HÔPITAL MILITAIRE DE RABAT
(HMIV).
- EX. CHEF DE SERVICE DE CARDIOLOGIE
CHR AL GHASSANI - FÈS.

01/11/2022

Mme : BAHRI RANIA

$928,60 = 976,40 \times 3$

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

$478,00 = 76,00 \times 3$

* 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)

$810,10 = 270,10 \times 3$

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

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

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

$73,40 = 4,40 \times 3$
7 - Levathyrox 100 µg
1 - 0 - 0 (3 nos)

$1 - 2109,50$

بالرباط
الجامعة
السكنى بالرباط
ب سابقا

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

DETENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DETENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DETENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

7862160236

شارع محمد السلاوي، زنقة الحسين الخضراء 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 : slouimed123@gmail.com