

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.



Declaration de Maladie

N° W21-769800

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	ND	A
Cadre réservé à l'adhérent (e)				
Matricule : 4633 Société :				
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RAM N 37000 KAMA C	
Nom & Prénom : N H A M O U C H A				
Date de naissance : 14-11-51				
Adresse : 48, Avenue Hassan II F3				
Tél. : 06 60 31 98 09 Total des frais engagés : 2811,30				

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin				
Cachet du médecin :				
Date de consultation :				
Nom et prénom du malade :				
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan				
Nature de la maladie : Cardiopathie faciale				
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 : Fez Le : 11/11/22

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
10/12/2022	S2	850	850	INP : 1911834 Dr. Sladjou Rechid - Cardiologue - 1er Etage - FES - Tel: 05 35 96 26 26

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TADAWI FREN R HASSAN Douar Oued Lakhdar Ouled Tayeb Fes TEL: 05 35 96 26 26 Email: marenhassan1979@gmail.com INPE: 142083500 ICE: 0014457	2022-10-08 22	2561,30 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

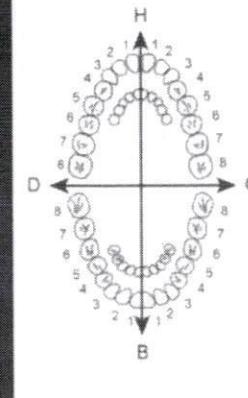
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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

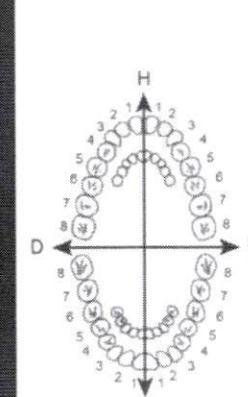
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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'EXE

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair brou al aquam roches
noires casablanca

HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

29 DMP/21/NRQ P.P.V : 176,20 DH

6 118001 020898

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair brou al aquam roches
noires casablanca

HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

29 DMP/21/NRQ P.P.V : 176,20 DH

6 118001 020898

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair brou al aquam roches
noires casablanca

HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

29 DMP/21/NRQ P.P.V : 176,20 DH

6 118001 020898

الد Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâ Casablanca

Coplivax 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V : 270,00 DH

6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâ Casablanca

Coplivax 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V : 270,00 DH

6 118001 082018

MÉDECINE DE RABAT
FRANCE).

HO-DOPPLER CARDIAQUE

IX II.

AL MILITAIRE DE RABAT

V).

E DE CARDIOLOGIE

JSANI - FÈS.

Mme : BAHRI RANIA

588,60 = 176,20 x 3

* 1) HYTACAND 16/12.5

1 cp le matin après repas (3 mois)

216,00 = 72,00 x 3

* 2) DETENSIEL 10 MG

1 cp le matin (3 mois)

433,50 = 144,50 x 3

* 3) ESAC 20

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

810,00 = 270,00 x 3

* 4) COPLAVIX 75/100

1cp le matin (3 mois)

régime peu salé

500,00 = 250,00 x 2

* 5) PRAVAFENIX 40/160

1 gel le soir 1j/2 (3 mois)

13,20 = 21,40 x 3

6. Levthyrox 100

1 (3 mois)

Dr. Mohammed
Cardiologiste

Av. Slaoui
1er Etage - Fès

Levthyrox 100

100 µg

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

6 118001 102020

Levthyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

6 118001 082018

Levthyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

6 118001 102020

Levthyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

6 118001 102020

Levthyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

6 118001 102020

Levthyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

شارع محمد السادس، رقم 101 الطبق الأول - فاس
Av. Mohammed Slaoui, Rue Houssin L'hkaddar, 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 : slaouilmed123@gmail.com