

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° W21-769800

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : ND

Matricule : 4633 Société : RAM N° 37000

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : N H A M O U C H A K A M A L

Date de naissance : 14-11-51

Adresse : 48 Avenue Hassan II Fg

Tél : 0660 319809 Total des frais engagés : 281,30

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Cardiopath Age : 70

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

Nature de la maladie : Ischémique

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
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) :

Adresses Mails utiles

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

[illegible]

Cardiology Resident Tel/Fax

[illegible]

2561, 30 pH

[illegible]

Date _____

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

AM

IM

des

des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

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

Soins																
		Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
		Montants des Soins <input type="text"/>														
		Début d'exécution <input type="text"/>														
		Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D ————— G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D ————— G															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																
	Coefficient des Travaux <input type="text"/>															
	Montants des Soins <input type="text"/>															
	Date du devis <input type="text"/>															
	Date de l'exécution <input type="text"/>															

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

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir bnou al auum 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 souheir bnou al auum 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

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

MÉDECINE DE RABAT
(RABAT).
NO-DOPPLER CARDIAQUE
X II.
AL MILITAIRE DE RABAT
V.
E DE CARDIOLOGIE
ISANI - FÈS.

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir bnou al auum 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

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
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
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V. : 270,00 DH
6 118001 082018

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
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
6 118001 102020

Mme : BAHRI RANIA

528,60 = 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)

509,00 = 250,00 x 2

* 5) PRAVAFENIX 40/160

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

1320 = 2140 x 3

6. Levothyrox 100µg

1 - 0 - 0 (3 mois)

T = 2561,30

شارع محمد السادس، زقاق 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 : slaoulimed123@gmail.com