

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 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](http://www.mupras.com)

163858

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0014018

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1633 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Kamal N. Rhamanacha Date de naissance : 14-11-51

Adresse : leg. A.V. Hassan II Fes

Tél. : 06.61.61.62.79 Total des frais engagés : 2136.30 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

##### Cachet du médecin :



Date de consultation : 7/10/2013

Nom et prénom du malade : SAHIB RANIA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Caducal Pr. ISCHIUM

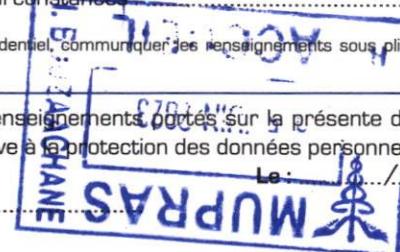
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :  Le : 18/10/2013

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoriaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25 28/03/2015	CV		Gratuit	Dr. Mohamed SLAOUI Cardiologue Interventionnel Pédiatrie Nour Bureau 101 Téléfax 0939 09 22 22

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 AN KAREM Khdar Ouled Djedid J3 35 96 36 26 mohssan1979@gmail.com 0014435100003	27/03/2023	1.236,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. M

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

6 118001 082018

SYNTHEMEDIC  
22 rue souheir bneu al acuum 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

- 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  
(HMIMV).
- EX. CHEF DE SERVICE DE CARDIOLOGIE  
CHR AL GHASSANI - FÉS.

Mme : BAHRI RANIA

$\checkmark 148,80 = 49,60 \times 3$   
\* 1) AMILO 5  
1 cp le soir 3 mois

S.I.

régime peu salé

$\checkmark 820,00 = 270,00 \times 3$   
\* 2) COPLAVIX 75/100  
1 cp le matin (3 mois)

S.I. S.I. S.I.

(1)  $433,50 = 144,50 \times 3$   
\* 3) ESAC 20  
1 cp le matin 1/4h avant repas (3 mois)

S.I. S.I.

$\checkmark 216,00 = 72,00 \times 3$   
\* 4) DETENSIEL 10 MG  
1 cp le matin (3 mois)

PHARMACIE TADAWI FES SAISS SRL/AU  
DR. HASSAN KAREM  
Douar Oulad Lakhdar, Ouled Tayeb Fes  
Tel : 05 35 95 36 26  
Email : karenhassan1979@gmail.com  
INPE : 142083500 (CE) : 06 14 57300091

$528,60 = 176,20 \times 3$   
\* 5) HYTACAND 16/12.5  
1 cp le matin après repas (3 mois)

Dr. Mohamed Slaoui  
Cardiologue Interventionnel  
Av. Slaoui Résidence Nour 1<sup>er</sup> étage  
Tél/Fax : 05 35 65 22 22 / E-mail : slaouimed123@gmail.com

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<sup>er</sup> Etage) - Fès  
Tél/Fax : 05 35 65 22 22 / E-mail : slaouimed123@gmail.com

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

# 28 gélules

*Microgranules  
gastrorésistants*

**Voie orale**



LOT 22012  
PER 12/24  
PPV 144DH50

144150



Amil®  
**Amil**  
Amiodipine

DURÉE MA  
4/2



LOT  
EXP  
PPV

213059  
11 2025  
49.40



A



LOT  
EXP  
PPV

213059  
11 2025  
49.40



A



LOT  
EXP  
PPV

213059  
11 2025  
49.40

