

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.



163858

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014018

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4.6.33 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Kamal N. Ramancha Date de naissance : 14-11-51
 Adresse : 129 AV. HANAN II Fez
 Tél. : 06 61 61 62 79 Total des frais engagés : 2136,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 7/3/2015
 Nom et prénom du malade : SALIM BAKIA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Gastrite 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'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 :

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

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

RELEVÉ 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
7/3 2023				Dr. Mohamed SLAOUH Cardiologue Interventionnel Av. Slaoui Résidence Nour Bureau 101 Tunis - Tél : 71/144 0939 69 24 24

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

07/03/2023

2236,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. M

It

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



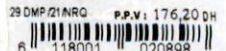
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30



- DIPLÔMÉ 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 - FÈS.

Mme : BAHRI RANIA

✓ 148,20 = 49,40 x 3
* 1) AMILO 5
1 cp le soir 3 mois

✓ 820,01 = 270,00 x 3
* 2) COPLAVIX 75/100
1cp le matin (3 mois)

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

✓ 296,00 = 72,00 x 3
* 4) DETENSIEL 10 MG
1 cp le matin (3 mois)

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

1 = 2936,30

Dr. Mohamed SLAUI
Cardiologue Interventionnel
Av. Slaoui Résidence Nour Bureau 101
1er Etage - Fès - 35 65 22 22 / 35 65 22 22

PHARMACIE TADAWI FES SAISS SARL(AU)
Dr. HASSAN KAREM
Douar Oulad Lakhdar Ouled Tayeb Fès
Tel : 35 35 96 36 26
Email : karemhassan1919@gmail.com
INPE : 142083500 ICE : 001448573000009

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

28 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*

Voie orale



LOT 22012
PER 12/24
PPV 144DH50

144150



[®]
Amilo
Amlodipine

☐ ☐ ☐
DURÉE MA
1/2



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

