

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



Déclaration de Maladie

M23-0024806 *pen*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4633 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Nhamoucha Kamal
 Date de naissance : 14-11-1951
 Adresse : 48, Av. Hassan II Fes
 Tél. : 06 60-31-98-09 Total des frais engagés : 1627,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 25/08/2023
 Nom et prénom du malade : Bah-Ram Age : 63
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cardiopathie Isémique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Fes Le : 25/08/2023
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-024806

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4633
 Nom de l'adhérent(e) : Nhamoucha Kamal
 Total des frais engagés : 1627,80
 Date de dépôt : 25/08/2023

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
25/8/2023	C		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur Date Montant de la Facture

25/10/81 1627,80
2023

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

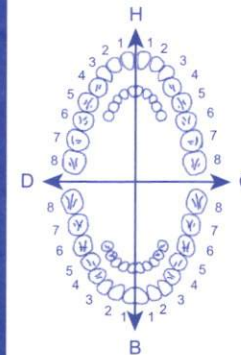
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 00000000 00000000
35533411 11433553
G
B

(Création, remont, adjonction)

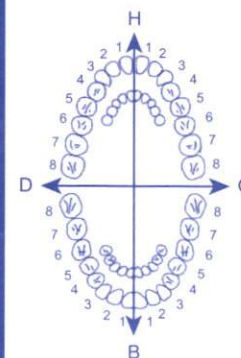
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VOLET ADHERENT

8450

* 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'EXECUTION

Dr. Mohamed SLAOUI

Cardiologue
Interventionnel

- 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

régime peu salé

810,00 = 210,00 x 4

* 1) COPLAVIX 75/100
1 cp le matin (3 mois)

* 2) ESAC 20
1 cp le matin 1/4h avant repas (3 mois)

216,00 = 72,00 x 3

* 3) DETENSIEL 10 MG
1 cp le matin (3 mois)

528,60 = 176,20 x 3

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

73,20 = 24,40 x 3

* 5) LEVOTHYROX 100
1 CP LE MATIN à JEUN (3 mois)
Régime peu salé

T = 1627,80

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

DETENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

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

6 118001 102020

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

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir bnou al souam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30

28 DMP/21NRQ P.P.V.: 176,20 DH
6 118001 020898

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir bnou al souam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30

28 DMP/21NRQ P.P.V.: 176,20 DH
6 118001 020898

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir bnou al souam roches
noires casablanca
HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30

28 DMP/21NRQ 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

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