

# 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

M23-0024806 *ADM*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4633 Société : R.A.M  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : Kamal 184085  
 Nom & Prénom : Nhamoucha  
 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 : Bahia Ram Age : 63  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Cardiopathie Incendie  
 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 : 24 NOV. 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 : 2627,80  
 Date de dépôt : 24 NOV. 2023

## 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
25/8/2023	C		G	Dr. Mohamed Chtourou Résidence Nour Béni Hssen FES - Tel/fax 0535 62 22 22

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

<b>Chèque et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

8480

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

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H D B G	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed SLAOUI

Cardiologue  
Interventionnel

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788  
7862160236  
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

- 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

régime peu salé

$810,00 - 210,00 \times 3$

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

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

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

$528,60 - 176,20 \times 3$   
\* 4) HYTACAND 16/12.5  
1 cp le matin après repas (3 mois)

$73,20 - 24,40 \times 3$   
\* 5) LEVOTHYROX 100  
1 CP LE MATIN à JEUN ( 3 mois )  
Régime peu salé

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788  
7862160236  
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788  
7862160236  
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

الطب بالرباط  
(فرنسا).

ب بالصدى جامعية  
(فرنسا).

ن الصكري بالرباط  
Bureau 22  
القلب سانت

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 soubeir bnoi al aouam 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 soubeir bnoi al aouam 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 soubeir bnoi al aouam 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 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

Dr. Mohamed SLAOUI  
Cardiologue Interventionnel  
Av. Slaoui Résidence Nour  
1er Etage - FES - Tel: 05 35 96 36 26  
Email : karen@slaoui-med.fes.ma  
Tél : 05 35 96 36 26  
E-mail : karen@slaoui-med.fes.ma

Dr. HASSAN KARE  
Douar Ouidad Lakhdar Ouled Tayeb  
Tél : 05 35 96 36 26  
E-mail : 142083500 ICE, m, 05 35 96 36 26

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

٤، زنقة الحسين الخضراء إقامة النور ( أمام سينا اسطور ) مكتب را  
ل L'haddar, Résidence Nour (En face du Cinéma Astor), Bu  
Tél/Fax : 05 35 65 22 22 / E-mail : slaouimed123@gmail.com

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342