

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

Biologie 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.

Education :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

N° P19- 0049146

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2512

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOU MHAMDI

Ahmed

Date de naissance : 03/03/1952

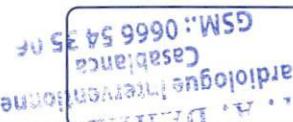
Adresse :

Tél. : 066255531

Total des frais engagés : 1042,20 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/06/2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA

Le : 21/09/20

Signature de l'adhérent(e) :

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
23-06-2020	CS AH	0030057	242,20	23-06-2020 Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MACIE ALESSA	23/06/2020	242,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
		35533411		11433553
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				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. Abdessamad Dahreddine

**Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux**

Diplômé en Cardiologie Interventionnelle
à l'Université Paris XII

Ancien chef d'Unité de Cathétérisme
Cardiaque à l'Hôpital Avicenne de Rabat



الدكتور عبد الصمد ظهر الدين

أخصائي في أمراض القلب والشرايين

حاائز على دبلوم قسطرة القلب

والشرايين بجامعة باريس

رئيس سابق لقسم قسطرة القلب والشرايين

بمستشفي ابن سينا بالرباط

Casablanca, le 23.06.2020

Mr BOUMHAMDI Ahmed

$$72,00 \times 3 = 216,00$$

1 DETENSIEL 10 mg cp pellic séc : Plq/30

1 comprimé le matin, pendant 3 mois.

2 LD-NOR 10MG

1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

$$23,80 \times 3 = 71,40$$

3 ASKARDIL 160MGCP DISPERSIBLE

1 Comprimé à midi, après le repas, pendant 3 mois.

$$151,60 \times 3 = 454,80$$

4 SULIAT 5MG /80MG CP

1 comprimé le matin, pendant 1 mois.

Dr. A. DAHREDDINE
Cardiologue Interventionnel
GSM: 06 66 54 35 06



رواق عبد المؤمن 202، شارع عبد المؤمن، رقم 32 - الدار البيضاء

الهاتف : 06 66 54 35 06 - الفاكس : 06 88 16 06 51 - 05 22 86 04 63 - المستعجلات : 06

Galerie Abdelmoumen 202, Bd. Abdelmoumen, (Entre sol N° 32) - Casablanca - Tél.: 05 22 86 04 63

P : 06 88 16 06 51 - Fax : 05 22 25 64 55 - Urgence : 06 66 54 35 06 - E-mail : dahreddineabdessamad@gmail.com

501319 a

151,60

سليات

فالزاريان / أملاك ديبيرين

افريقيا
AFRIC - PHAR



80
5
ج

28
ج

ج طبعه
الطبخ

SULIAT® 80 mg / 5 mg

28 comprimes pelliculés



6 118000 072379

501319 a

151,60

سليات

فالزاريان / أملاك ديبيرين

افريقيا
AFRIC-PHAR



80
5
ج

28
ج

ج طبعه
الطبخ

SULIAT® 80 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés



6 118000 072379

Sulict®

Valsartan / Amlodipine



Voie Orale

Sulict®

Valsartan / Amlodipine

LOT: 19N015 EXP: 10/22
PPV : 151DH60



Voie Orale



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



valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

DAHMANI
Cardiologue
Casabianca
GSM : 0666 54 35 06

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

.....
Traitement
Longue Durée

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Résultats mesures:

QRS	:	ms
QT/QTcB	:	/
PQ	:	ms
P	:	ms
RR/PP	:	/
P/QRS/T	:	/ /
QTD/QTcBD	:	ms
Sokolow	:	mU
NK	:	

Interprétation:

rapport non confirmé .

