

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-501608

M= 19918



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Optique

Autres

Matricule : 013

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NACHIT

RKIA

Date de naissance :

Adresse :

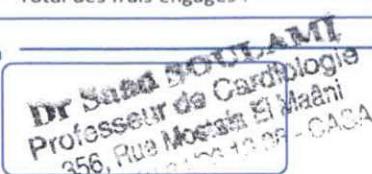
Tél. :

Total des frais engagés :

2750,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/02/2020

Nom et prénom du malade : NACHIT RKIA 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 BUNKA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/102/2020

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
20/02/2016	Actes	300M	300M	INP : 09133012 Dr. Said SCULI Professeur de Cardiologie 356, Rue Hassan El Madani 10000 CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAB	04/02/2016	2450.30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

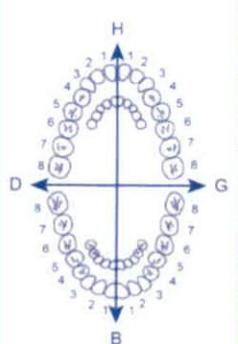
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

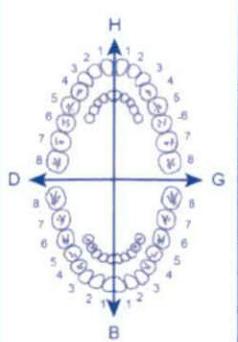
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
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

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

Patient:

Mr. N. el M.

Casablanca, le

04-04-2020

43.0073

ftka

Traitement de

Tris (03) A10

Angiotensin

22.0043

1 g

le matin

zofenix 100 - 9

14.2.2013

1 g

le matin

zofenix 100 - 9

14.2.2013

1 g

le matin

zofenix 100 - 9

14.2.2013

1 g

le matin

zofenix 100 - 9

14.2.2013

1 g

le matin

zofenix 100 - 9

356, Rue Mostafa El Maâni (côté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 65 14 69 96

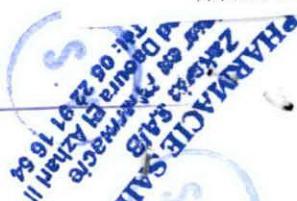
CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922



TAHOR 10 mg
Boîte de 28 comprimés

Lot : 1275987

Date Fab: 05 / 2019 Date Exp: 04 / 2021
PPV 79.00 DH



TAHOR 10 mg
Boîte de 28 comprimés

Lot : 1275987

Date Fab: 05 / 2019 Date Exp: 04 / 2022
PPV 79.00 DH



TAHOR 10 mg
Boîte de 28 comprimés

Lot : 1275987

Date Fab: 05 / 2019 Date Exp: 04 / 2022
PPV 79.00 DH



356, زقة مصطفى المعاني (باب زقة أڭادير) - الدار البيضاء

79,00x3
Amlor 10
S.V.

قرصا ملمسا
لucusare المعدة

28

LOT: 602/1
PER: 09/22
PPV: 180,00 DH

6 118000 140849

RAZON® 40 mg
28 Comprimés pelliculés
gastro-résistants

6 118000 140849

Traitement de:
Trois (03) mois
S.V. 1 g/les
Co plan

28

LOT: 604
PER: 10/22
PPV: 180,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Copavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 278,00 DH

6 118001 082018

عن طريق الفم

28

LOT: 604
PER: 10/22
PPV: 180,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Copavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 278,00 DH

6 118001 082018

DÉTENSIEL® 10 mg
0 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788

Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV: 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

PPV 43DH00

ANGLOR® 5 mg
Amlodipine
30 comprimés

6 118000 042006

LOT 192468
EXP 10/2023
PPV 46,70 DH

PPV: 149DH20
PER: 10/22

PREZAR 100 mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
6 118000 041337

idemco

MACH
S. S.
FTA
DISTRIBUTOR

PPV 149DH20
PER 10/22

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
6 118000 041337

idemco

PPV: 149DH20

PREZAR 100 mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
6 118000 041337

PPV 43DH00
PER 09/21

ANGLOR® 5 mg
Amlodipine
30 comprimés

6 118000 042006

PPV 43DH00
PER 09/21

ANGLOR® 5 mg
Amlodipine
30 comprimés

6 118000 042006

