

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.

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 191

Optique

ND : 27645

Autres

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OU LADA M'HAMMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0532905147 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : OU LADA M'HAMMED 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-069140

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES TRAITEMENT			
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
		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.

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'ORL.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

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'EXÉCUTION

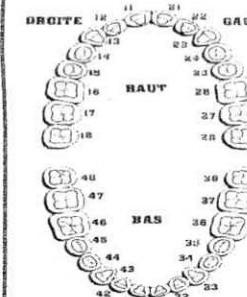
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'aide pratique et indiquer la nature des soins.

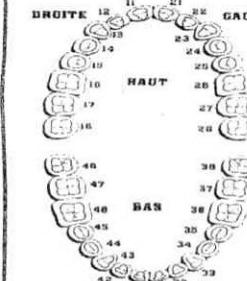
Veuillez fournir une facture.

Veuillez joindre les radiographies : en cas de prothèses ou de traitements canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)
Four-bonnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des
Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de

W16-055916

DATE DE DEPOT

/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 191

Nom & Prénom OULADA M'HAMMED

Fonction Retraitée Phones 0537 2051 47

Mail

MEDECIN Prénom du patient OULADA M'HAMMED

Adhérent Conjoint Enfant Age 19 PL Date 7/3/2020

Nature de la maladie Date 1ère visite

Cervicalgia rhizomélique/Théatre

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

Gtach

300,-

PHARMACIE Date 09/03/2020

Montant de la facture

1642 X
INPE : 102070414

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

Dr Abdou LOUALI
Cardiologie Interventionnelle
Vasculaire et Rythmologique
Clinique Belvédère
Ibn Khaldoun Agdal-Rabat
INP : 101095222

Pharmacie Dr Hassen ZIRI
Place de Tanger 10000
Tél : 0537 72 02 50

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre	Montant détaillé des Honoraires
--------	---------------------------------

AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires
----	----	----	----	---------------------------------

VOLET ADHERENT NOM : W16-055916 Mle

DECLARATION N° W16-055916

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

PH SAWMAAT HASSAN

MR TAIEB BOUZIRI

1 RUE RIAD HASSAN

RABAT

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

N° ID.E. :

N° ICE: 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax :

MR OULADA MHAMED

Le : 09/03/2020

FACTURE N°:

5627

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
6	ANGINIB 50MG /28 CP	80.00	7	480.00
6	ASKARDIL 75MG /30 CPS	22.40	7	134.40
6	HYPERIUM 1MG COMPS 30	113.50		681.00
6	LD NOR 10MG /30 CPS	57.80	7	346.80

TVA 7%: 62.88 Total : 1 642,20

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE SIX CENT QUARANTE DEUX DIRHAMS ET VINGT CTS

Pharmacie Salmat Hassan
Riad Bouziri
Place de l'Indépendance - Rabat
Tél: 05 37 72 02 50



PC 7/3/2023

Mr OULAMA N'HAFNI

Docteur Abdou LOUALI
Cardiologie Interventionnelle
Vasculaire et Rythmologique
Clinique Belvédère
Av. Ibn Khaldoun, Agdal-Rabat
INP : 101095222

~~8000x6
480000~~

Angioblock 190ml

~~22400x6~~

Astomil 75 1pmidi

~~13440~~

Liporlog 190ml

~~12800x6
76800~~

Hyperium 190ml

~~11350x6
68100~~

9SP 6ml (six)

1642,00
صيدلية سواما حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taïeb BOUZIRI

Place de l'Unité Africaine - Rabat

Tél.: 05 37 72 02 Clinique Belvédère

Centre Cardiologique de Rabat

Avenue Ibn Khaldoun (à côté du Consulat d'Espagne), Agdal - Rabat 10090

Tél.: 05 37 77 89 89 / 05 37 77 84 84 - Fax: 05 37 77 83 83

Docteur Abdou LOUALI
Cardiologie Interventionnelle
Vasculaire et Rythmologique
Clinique Belvédère
Av. Ibn Khaldoun, Agdal-Rabat
INP : 101095222

يُستعمل قبل : - à utiliser avant :

رقم المجموعة - Lot n°

يُستعمل قبل : - à utiliser avant :

رقم المجموعة - Lot n°

يُستعمل قبل : - à utiliser avant :

رقم المجموعة - Lot n°

يُستعمل قبل : - à utiliser avant :

رقم المجموعة - Lot n°

يُستعمل قبل : - à utiliser avant :

02 404 55 27

رقم المجموعة - Lot n°

يُستعمل قبل : - à utiliser avant :

02 404 55 27

ANGINIB® 50mg

Losartan

LOT 218
PER OCT 2022
PPV 80 DH 00

28 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICALS

ANGINIB® 50mg

Losartan

LOT 218
PER OCT 2022
PPV 80 DH 00

28 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICALS

ANGINIB® 50mg

Losartan

LOT 218
PER OCT 2022
PPV 80 DH 00

28 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICALS

ANGINIB® 50mg

Losartan

LOT 218
PER OCT 2022
PPV 80 DH 00

28 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICALS

ANGINIB® 50mg

Losartan

LOT 218
PER OCT 2022
PPV 80 DH 00

28 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICALS

ANGINIB® 50mg

Losartan

LOT 218
PER OCT 2022
PPV 80 DH 00

28 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICALS

ANGINIB® 50mg

Losartan

LOT 218
PER OCT 2022
PPV 80 DH 00

28 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICALS

LD-NOR®

Atorvastatine

Comprimés pelliculés

30 x

10 mg

Voie orale

LOT : 200129
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

UT AV:

LOT N°:

PPV (DH):

LOT : 200129
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

UT AV:

LOT N°:

PPV (DH):

LD-NOR®

Atorvastatine

Comprimés pelliculés

30 x

10 mg

Voie orale

LOT : 200129
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

UT AV:

LOT N°:

PPV (DH):

LOT : 200129
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

UT AV:

LOT N°:

PPV (DH):

ASKARDIL®

ASKARDIL®

75

30

30

30

30

SKARDIL® 75 mg 30 comp
disp

ASKARDIL® 75 mg 30 comp
disp

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
dispersibles

DIL® 75 mg 30 comprimés
dispersibles

DIL® 75 mg 30 comprimés
dispersibles

PPV 22DH40 EXP 11/2021
LOT 90039

PPV 22DH40 EXP 11/2021
LOT 90039

PPV 22DH40 EXP 11/2021
LOT 90039 1

22DH40 11/2021
90039 1

UAP90PHAN

UAP90PHAN

UAP90PHAN

UAP90PHAN

UAP90PHAN

UAP90PHAN

UAP90PHAN

comprimés
dispersibles

15/11/2021

15/11/2021

15/11/2021

15/11/2021