

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.

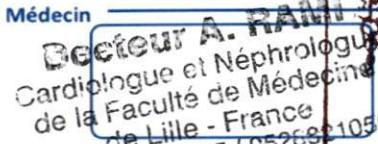
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-578341

55193

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1345	Société : RAN		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : ABEROUCH MERYEN	
Nom & Prénom : ABEROUCH MERYEN			
Date de naissance : 1948			
Adresse : AL MASSIRA - AGADIR			
Tél. : 0660304031	Total des frais engagés : 1479,90 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 	 ACCUEIL		
Date de consultation : 1er/12/2001	Age : 55		
Nom et prénom du malade : ABEROUCH MERYEN			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : HTA			
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 : AGADIR

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 28/12/2001

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W19-578341	
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).	
Matricole : 1345	
Nom de l'adhérent(e) : ABEROUCH M.	
Total des frais engagés : 1479,90	
Date de dépôt : 28/12/2001	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
11/12/20	Consultation		300 Fpa	INP : 04 M 86 BPA Dr BOCICU A. RAMI diologue et Néphrologue site de Médecine gence

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie ERRAJI Dr. S. Al Massra - Pharmacien Al Massra Jil Al Bissara Al Massra AG 1144 0065 29 23 6273	AA/10/2020	2179,90 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CHIRURGIE			

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur A. RAMI

Ancien Attaché des Services de Cardiologie et Néphrologie de C.H.U de Lille en France

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Diplômé des Etudes Spéciales de Néphrologie

Diplômé de Médecine du Travail

الدكتور عبد الفتاح الراامي

ملحق سابق باقسام القلب وأمراض الكليتين
بالمراكز الطبية الجامعية بليل في فرنسا

اختصاصي في أمراض القلب
و الدورة الدموية

اختصاصي في أمراض الكليتين

اختصاصي في الطب المهني

Agadir, le

11/12/25

أكادير في

صيدلية للراجي

Pharmacie ERRAJI
Dr ERRAJI Said - Pharmacien
Av Abou Jihad - Cité Al Massira
AGADIR Tél: 05 28 23 62 73

ASERBACH

Mer 9/12

168,80x4

R. Carter

SV

49,20x3

Amber 5

SV

58,10x2

Carter suel 5

SV

40,30x3

Xanay 1

SV

1149,90

Docteur A. RAMI
Cardiologue et Néphrologue
de la Faculté de Médecine
de Lille - France
Tél: 05 28 82 10 50 / 05 28 84 63 35 / 05 28 82 06 - Fax: 05 28 82 62 06 - Patente: 48 111 383 - IGR: 75 700 610

عمارة مرسلان زاوية زنقة مراكش وزنقة ماسة - أكادير - العنوان الإلكتروني : drrami@menara.ma
الهاتف: 05 28 82 10 50 - 05 28 84 63 35 - 05 28 82 06 - الفاكس:

Imm Arsalane Angle Rue de Marrakech et Rue de Massa - AGADIR - E-mail: drrami@menara.ma
Tél.: 05 28 82 10 50 / 05 28 84 63 35 - Fax: 05 28 82 62 06 - Patente: 48 111 383 - IGR: 75 700 610

UT.AV : 03 2021

P.P.V.

LOT N° : 1288826

89 20

09366067/7

6 118001 040230

MICARDIS 40mg

(Telmisartan)

28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV : 168 DH 80

5156301



Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

786216010



MICARDIS 40mg

(Telmisartan)

28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV : 168 DH 30

5156301



MICARDIS 40mg

(Telmisartan)

28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV : 168 DH 80

5156301

UT.AV : 08 2021

P.P.V.

LOT N° :

89 20

09366067/7



MICARDIS 40mg

(Telmisartan)

28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV : 168 DH 80

5156301

UT.AV : 08 2021

P.P.V.

89 20

89,30

09366067/7



Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160235

40,30

40,30

40,30