

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostic 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° P19- 055305

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5500212 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RHOUNAM DAMIA

Date de naissance : 1943

Adresse : OULAD SEHIL

Tél. : 04-70-55-0284 Total des frais engagés : 838,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/01/2021

Nom et prénom du malade : RHOUNAM DAMIA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Suivie 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 : 18/01/2021

Le : 18/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
18/01/2021	S	-	G	Dr. KOURAICHI EL IDRISSI Imam Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Dispensaire

Date

Montant de la Facture

18/01/2021

838,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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
Imane KOURAICHI EL IDRISSE



الدكتورة
إيمان قريشي الإدريسي

Médecine Générale
Echographie Générale
Diplômée à l'Hôpital Universitaire Ibn Rochd
et Faculté de Médecine et de Pharmacie
Casablanca

الطب العام
الفحص بالصدى
خريجة المستشفى الجامعي ابن رشد
وكلية الطب والصيدلة الدار البيضاء

Casablanca , le 18 / 01 / 2021

M^{me} RHOUNAM DAMIA

43,00 x 3 1) ANGLOR 5mg (AS)
1cp le matin / j Pdt 03 mois

101,80 2) COUSYL 5mg (AS)
1cp le matin / j Pdt 01 mois

269,00 x 2 plus 3) COVARAM 10mg / 5mg (AS)
1cp le matin / j Pdt 02 mois

69,60 4) Riacein 1% gel (AS)
1ap p^a 3 / j

T: 838,40

Dr. KOURAICHI EL IDRISSE
Imane
Médecin

فرح السلام 2, إقامة أولاد عزوز, Gh2, عمارة 8, شقة 3 الطابق الأول جنان اللوز - الألفة - الحي الحسني

Farah El Salam 2, Résidence Ouled Azouz GH2, Imm 8, N°3 1^{er} étage (Jnane Louz) - Oulfa - Hay Hassani

Tél : 05 22 89 71 79

ANGLOR® 5 mg

Amlodipine

30 comprimés



6 118000 042006

PPV: 43DH00

PER: 02-22

LOT: J491

COVERAM® 10mg/5mg

Périndopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130092

269,00

COVERAM® 10mg/5mg

Périndopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130092

269,00

ANGLOR® 5 mg

Amlodipine

30 comprimés



6 118000 042006

PPV: 43DH00

PER: 06/22

LOT: J1913

Riacen® 1%

Piroxicam

crème

Tube de 50 g

PROMOPHARM S.A.



6 18000 240747

89,60

ANGLOR® 5 mg

Amlodipine

30 comprimés



6 118000 042006

PPV: 43DH00

PER: 07/21

LOT: I1655

COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 18000 100294

PPV: 101DH80