

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 055305

55965 Autres

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6002212

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAHOUY NAM

DAMIA

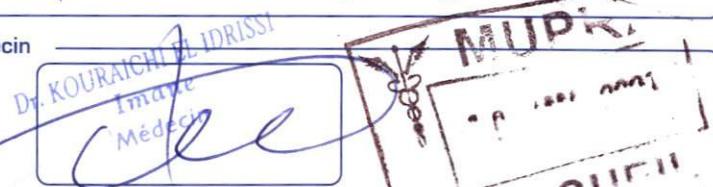
Date de naissance : 1943

Adresse : 24 La D SESHIB

Tél. 04-70-56-02-86 Total des frais engagés : 83 8110 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/01/2021

Nom et prénom du malade : RAHOUY NAM DAMIA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

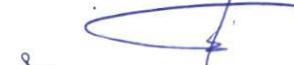
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 11/01/

Le : 11/01/

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
18/01/2021	S	-	G	Dr. KOBRAICHI El ADRASS Imane Médecin

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/01/2021	838,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **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 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 D 	G	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D 00000000   00000000 35533411   11433553 B G	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 IDRISI



الدكتورة  
إيمان قريشي الادريسي

Médecine Générale

Echographie Générale

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

Casablanca

Casablanca ,le.....

18 | 01 | 2021

الطب العام

الفحص بالصدى

خريجة المستشفى الجامعي بن رشد  
وكليه الطب والصيدلة الدار البيضاء

Mr RHOUNAM DAMIA

43,00<sup>x3</sup> 1) ANGLOR 5 mg

Acple matin/j Pdt 03 mois

101,80<sup>x1</sup> 2) D-MUHYAD AMINA  
N° 8 Imm 7 Ouled Azouz  
Rue Farah 2, Casablanca  
ARMACIE JNANE LOUZ

TYSYL 5 mg  
le matin/j Pdt 01 mois

269,00<sup>x2</sup> 3) COVERAM 10 mg / 5 mg   
Acple matin/j Pdt 02 mois

69,60 4) Riacén 1% gel   
lapix 3/3

T: 838,40

ARMACIE JNANE LOUZ  
N° 8 Imm 7 Ouled Azouz  
Rue Farah 2, Casablanca  
Dr. KOURAICHI EL IDRISI  
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<sup>er</sup>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**  
Péridopril arginine / amlodipine  
30 comprimés



6 118001 130092

**COVERAM® 10mg/5mg**  
Péridopril arginine / amlodipine  
30 comprimés



6 118001 130092

269,00

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

PROMOPHARMS.A.



6 118000 240747

69,60

**ANGLOR® 5 mg**  
Amlodipine  
30 comprimés



6 118000 042006

PPV: 43DH00

PER: 07/21

LOT: I1655

**COVERSYL®**  
Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

PPV: 101DH80