

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

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.

M23-005443

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2512

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : B. Q. I. M. H. A. M. D.

Année : 187391

Date de naissance : 03/03/1953

Adresse :

Tél. : 066255531 Total des frais engagés : 1423,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : CARDIOPATHIE INTRA-MURALE

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) :



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
2/10/23	ECG	300dH		<i>Dr. [Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
<i>PHARMACIE [Signature]</i>	02/10/23	1173,20	

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

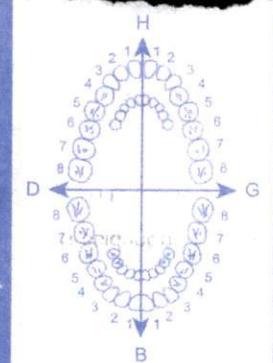
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

VOLET ADHERENT

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

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	

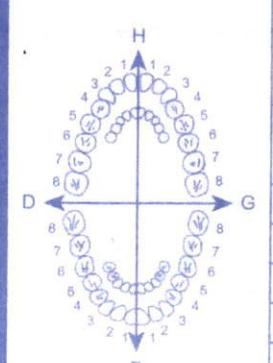
**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

23,60  
CARDIOFLEX® 100 mg

Boîte de 30 Comprimés Pelliculés



6 118000 360339

23,60  
CARDIOFLEX® 100 mg

Boîte de 30 Comprimés Pelliculés



6 118000 360339

6 118001 103058 3  
EXFORGE 5mg/80mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 195,00 DH

Exforge® 5 mg/80 mg  
28 comprimés pelliculés

6 118001 103058 3  
EXFORGE 5mg/80mg  
28 comprimés pelliculés

Exforge® 5 mg/80 mg  
28 comprimés pelliculés

PHARMACIE ANISSA  
312 464 1055  
Casablanca  
Tel: 05 22 89 34 94

260,00

BESTOR® 20 mg  
Rosuvastatine  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 360254

260,00

BESTOR® 20 mg  
Rosuvastatine  
30 comprimés pelliculés



6 118000 360254

DR .ABDESSAMAD DAHREDDINE  
 Spécialiste des Maladies du Cœur et  
 Des Vaisseaux  
 Diplôme en cardiologie interventionnelle  
 à l'université paris XII  
 Ancien chef d'unité de cathétérisme  
 Cardiaque a l'hôpital Avicenne de rabat



الدكتور عبد الصمد ظهر الدين  
 أخصائي في أمراض القلب و الشرايين  
 حائز على دبلوم قسطرة القلب  
 و الشرايين بجامعة باريس  
 رئيس سابق لقسم قسطرة القلب و الشرايين  
 بمستشفى ابن سينا بالرباط

CASABLANCA : ..... 02.10.2023

Mr BOUMHAMDI Ahmed

$7200 \times 3 = 216,00$   
 1 DETENSIEL 10 mg cp pellic séc : Plq/30

1 comprimé le matin, pendant 3 mois.

$23,60 \times 2 = 47,20$   
 2 CARDIOFLEX CP 100MG

1 Comprimé à midi, après le repas, pendant 3 mois.

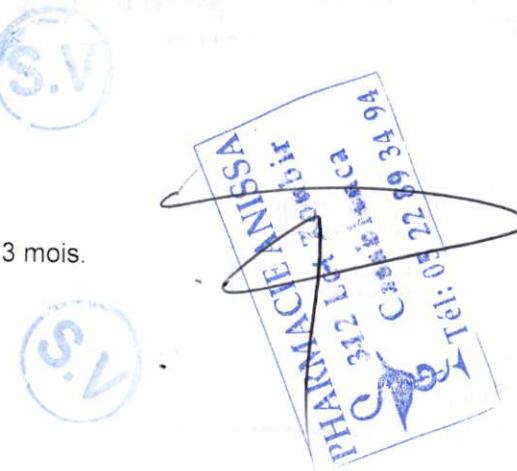
$195,00 \times 2 = 390,00$   
 3 EXFORGE 5 mg/80 mg cp pellic : Plq/30

1 comprimé le matin, pendant 3 mois.

$200,00 \times 2 = 520,00$   
 4 BESTOR CP 20MG

1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

$\overline{1} = 1173,20$



رواق عبد المؤمن 202.شارع عبد المؤمن رقم 32. الدار البيضاء

الهاتف : 06.66.54.35.06 - 0688.16.06.51-05.22.86.04.63 - المستعجلات: 06.66.54.35.06

Galerie Abdelmoumen 202 bd .Abdelmoumen(Entre Sol n°32)-Casablanca  
 TEL :05.22.86.04.63 - P : 06.88.16.06.51- Urgence : 06.66.54.35.06  
 E-mail: dahreddieabdessamad@gmail.com

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

CARDIOFLEX® 100 mg  
Boîte de 30 Comprimés Pelliculés



6 118000 360339

CARDIOFLEX® 100 mg  
Boîte de 30 Comprimés Pelliculés



6 118000 360339

416323 0227  
PPV : 25,00 DH  
PHARMACIE ANISSA  
37217771068  
Cinéma 1000  
Tél: 03 22 89 34 94



611800103058 3

EXFORGE® ○

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH

Exforge® 5 mg/80 mg

28 comprimés pelliculés



611800103058 3

EXFORGE® ○

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH

Exforge® 5 mg/80 mg

28 comprimés pelliculés

BESTOR® 20 mg  
Rosuvastatine  
30 comprimés pelliculés



6 118000 360254

BESTOR® 20 mg  
Rosuvastatine  
30 comprimés pelliculés



6 118000 360254