

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-577575

46210

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 1324 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : BOUAMAR MOHAMED

Nom & Prénom : BOUAMAR MOHAMED

Date de naissance : 24/5 rue des amandiers

Adresse : LAIMOUN CASA

ne le 16/03/1955

Tél. : 0661168722 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/03/2020

Nom et prénom du malade : MR Bouamar Mohamed Age : 65

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : 7/3

Le : 10/03/2020

Signature de l'adhérent(e) : 7/3



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
12/3/20	Consultation	30	30 x 100 = 3000	INP : 31245555

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>(Stamp: Pharmacie SAMIA BEN ZERZEL - BOUMAR Nedja Dalia Group V.N. 12 Agade 13 et 4 CASABLANCA Tel : 07 89 08 81)</i></p>	<p>N°10/3 <u>2020</u></p>	<p>#775 1-0 # Sept cent soixante quinze Dinars et 10 centimes</p>

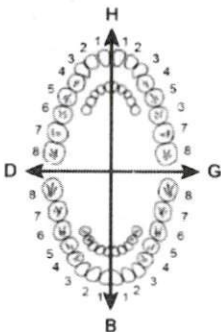
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

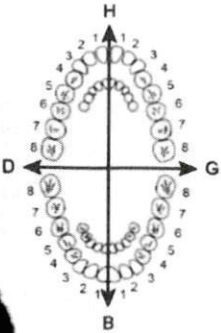
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>		

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

☒ valable 3 mois

Le 10/03/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Bachma Aghamed

Présente une HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 mois

Torval 80mg B 1cp/j - Nebitel 5mg 1cp/j  
condiGaspirine 100mg ou Aspegic 100mg 1cp/j

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr Saïd EJENWANE  
Cardiologue  
CENTRE  
Av. Mohammed VI Rabat, Maroc  
Tel: 05-37-31-25-74





Dr. Said EJJENNANE  
Cardiologue

Cardiologue adulte et pédiatrique, diplômé d'échodoppler cardiovasculaire de l'université Paris VI

## Ordonnance

**PATIENT : Mr Bouamar Mohamed**

**DATE : 10/03/2020**

**Traitement : (3 mois)**

➤ Tareg 80mg : 1 cp/j

$$131.50 \times 3 = 394.50$$

➤ Nebilet 5mg : 1/2 cp/j

$$162.60 \times 2 = 325.20$$

➤ Cardioaspirine 100mg ou Aspégic 100mg: 1cp/j

$$27.70 \times 2 = 55.40$$

Total = 775.10

Pharmacie SAMIA  
Mme BEN EL ALI BOUAMAR Nadia  
Lot. Oudite Groupe V N° 12 - 14  
Rue 13 et 4 - CASABLANCA  
Tél. 1 05 37 75 25 - 74

Dr. Said EJJENNANE  
Cardiologue  
LAMAR CENTER  
Av Mohamed 6, Rabat, Maroc  
Tél : 05 - 37 - 75 - 25 - 74

Dr Said EJJENNANE  
Dr Said EJJENNANE  
Cardiologue  
LAMAR CENTER  
Av Mohamed 6, Rabat, Maroc  
Tél : 05 - 37 - 75 - 25 - 74

T : 0537 75 25 74 . M : ejjennane\_said@yahoo.fr . A : Lamar center, B1 , Km4 av. Mohamed VI , Raba

1130178-A18-MA

6118001030316

**TAREG 80 mg** ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

09660

1130178-A18-MA

6118001030316

**TAREG 80 mg** ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

1732

1130178-A18-MA

6118001030316

**TAREG 80 mg** ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

09588

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**

28 comprimés ○

PPV 162DH60

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**

28 comprimés ○

PPV 162DH60

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280