

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.

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.

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.

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

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- 049923

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3057

Société : RAM

48730

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAGGUI MOHAMED

Date de naissance : 04-06-58

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 9983 2663

Total des frais engagés : 664,50 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : BERRECHID

Le : 16 / 11 / 2020

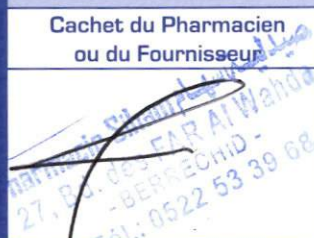
Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/2020	664,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

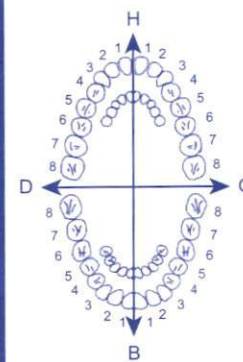
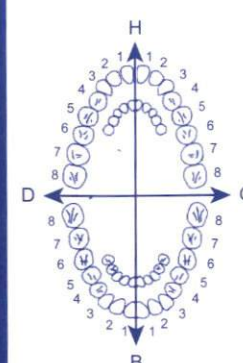
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HO

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalair

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Lot n°	EXP:	PPV:
						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			Lot n°	EXP:	PPV:
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Lot n°	EXP:	PPV:

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

83,10

Lot n°
EXP:
PPV: 255 DH 00

COEFFICIENT DES TRA
Lot n°
EXP:
PPV: 255 DH 00

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES T

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

LOT : 20E011
PER: 11/2021
KARDEGIC 160
SACHETS B30
P.P.V: 35DH7
6 118001

LOT : 20E014
PER: 11/2021
KARDEGIC 160
SACHETS B30
P.P.V: 35DH70
6 118001

83,10

Important :

Lot n°
EXP:
PPV: 255 DH 00

COEFFICIENT
DES TRA

Lot n°:
EXP:
PPV: 255 DH 00

MONTA
DES SDEBU
D'EXE

FIN
D'EXECUTION

LOT : 20E011
PER: 11/2021

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

9 118001 081189

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFF
DES 1

MONIANTS DES SOINS

DATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

LOT: 20E014
PER: 11/2021
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

☒ valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Présente

HFA Dyslipidémie

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

voir ordonnance

(à défaut noter le traitement prescrit)

DR EL MAKHLOUF AL
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5, rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89

Fax : 0522.22.62.97

Dom : 0522.79.85.32

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, Le 07/09/2020

Mr RAGGUI Mohamed

83,10
570
X2
= 71,40
1 - TENORMINE : 1/2 CP PAR JOUR
TTT A NE PAS ARRETER.

2 - KARDEGIC 160 : 1 SACHET A MIDI TOUS LES JOURS
TTT POUR 6 MOIS

3 - ROSUVASUN 20 mg:
1 LE SOIR SANS ARRET

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89



Facture N° 20201116-313

Date de vente : 16/11/2020
Médecin traitant :

RAGGUI MOHAMED

Maroc

ROSUVAS SUN CO 20MG B30 COMP	2	255,00	Exonéré (0.00%)	510,00
KARDEGIC ST 160MG B30 SACHETS COMP	2	35,70	Exonéré (0.00%)	71,40
TENORMINE CO 100MG B28 COMP SECA GM	1	83,10	Exonéré (0.00%)	83,10

Total HT	664,50 DHS
TVA	0 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : six cent soixante-quatre DHS et cinquante centimes

Pharmacie SIHAM
27, Bd. des FAR Al Wahda
BERRECHID
Tel: 0522 53 39 68