

# 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.

160086

## Déclaration de Maladie : N° S19-0046203

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4236

Société : RATI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HARAKAT Wafa Date de naissance : 25/06/1954

Adresse : Dar Nalak, Rue Toul Azaouir - CL Cart

Tél. : 0663 444 000 Total des frais engagés : 718,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/04/2013

Nom et prénom du malade : Harakat Wafa Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Migraine chronique

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 : Casablanca

Le : 05/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## 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

### 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
10.04.23	CS		300.00	<i>DR. DELLATIF INP N° 091035857</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ABOU ZAID N° 36 N° 01 S.A.P.L 0522 71 36 79 0522 71 36 84 Fax 0522 71 36 79</i>	13/04/2023	418,00

### 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	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS					
DEBUT D'EXECUTION					
FIN D'EXECUTION					
CCEFFICIENT DES TRAVAUX					
MONTANTS DES SOINS					
DATE DU DEVIS					
DATE DE L'EXECUTION					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
(Création, remont, adjonction)					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

316123  
RADIOLOGIE ANOUAL 111  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
Tél: 05 22 86 09 99 - ICE: 00 111 86 09 99 - GSM: 06 63 57 42 60  
Ponctions guidées (Scanner, Echo) | Ostéodensitométrie  
IRM Haut Champ 1.5T

Thme: HARRAKAT  
WAFA

418,00



Scan AF

PHARMACIE ABOU ZAID

S.A.R.L  
Rue 36 N°01 Massira Bournazel  
Casablanca  
Tél: 0522 70 22 84 Fax: 0522 71 30 79

INPE  
092001197

316123  
RADIOLOGIE ANOUAL 111  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
Tél: 05 22 86 09 99 - ICE: 00 111 86 09 99 - GSM: 06 63 57 42 60  
Ponctions guidées (Scanner, Echo) | Ostéodensitométrie  
IRM Haut Champ 1.5T

12.04.2023  
PEC du  
modèle de  
TTL  
Pour bénino

Boîte de 1 flacon de 15 mL.  
A usage unique.  
Tenir hors de la vue et de la  
portée des enfants. Lire la  
notice avant utilisation.  
Reporter le nom du produit,  
le numéro du lot et la dose  
administrée dans le dossier  
du patient.

Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur  
ordonnance

Distribué par  
CYCLOPHARMA lot 84,  
Z.I. Ouled Saleh  
Bouskoura-Nouaceur

N° AMM: 162/19/DMP/21/



GE Healthcare

Clariscan™  
acide gadotérique

0.5 mmol/mL

Solution injectable

1 x 15 mL

Produit de contraste  
pour l'IRM  
Administration  
par voie intraveineuse



Titulaire/Exploitant:  
GE Healthcare AS  
Nycoyeien 1  
0485 Oslo, Norvège

Clariscan™ 0.5 mmol/mL  
acide gadotérique

Chaque mL contient 279,3 mg  
d'acide gadotérique,  
équivalent à 0,5 mmol.

15 mL contiennent 4189,8 mg  
d'acide gadotérique (sous forme  
de sel de méglumine, équivalent  
à 7,5 mmol).  
Excipients : Méglumine,  
tetraxetan (DOTAI), eau P.P.I.



7 037960 644169

EXP : 05 - 2024

Lot n° : 16054179

1199457 MAR

