

## 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

- 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.

N° W21-789230

171609

Corr

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	0103	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : Ben Abdellah Lahcen			
Date de naissance : 5/11/1943			
Adresse : 22, Rue Jomaa N° 5 Agdal RABAT			
Tél. : 0537 775224		Total des frais engagés : 734,25 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	TELE. 0521/681913/LINPE 10112184
Cachet du médecin :	APR N° A... /... /... - Rabat
Date de consultation :	18/07/2023
Nom et prénom du malade :	Allal Ben Abdellah Lahcen & Ousey
Lien de parenté :	Lui-même
Nature de la maladie :	Diabète, hypertension, cœur, maladie de la vue
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 : ICABAT  
 Signature de l'adhérent(e) :  
 Le : 18/07/2023

*[Signature]*

#### **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
18/07/2016	C		250,00	INP : <input type="checkbox"/> HOPITAL GASTRO-ENTERIQUE Z-CHAOU Signature : 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie C.H.U</b> 16, Avenue Ibn Rochd Aïnjal - Rabat Tel.: 05 37 87 25 32 INPE : 102062049	18/07/23	134.25

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Médecin	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>Pharmacie CHU</b> <b>18, Avenue Ibn Rochd</b> <b>Agdal - Rabat</b> <b>Tél.: 05 37 87 25 32</b> <b>INPE : 102062049</b>			

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Zakia Chaoui Lazrak

Spécialiste du foie  
et des maladies de l'appareil digestif

Hepato-gastroentérologue

Ex Attaché au CHU Ibn Sina.

- Endoscopie
- Echographie
- Proctologie



LOT : 210517  
PER : 08/2024  
PPV : 79,95 DH

**Oxantin®**  
A base d'actifs naturels

- التشخيص بالمنظار
- التشخيص بالأمواج الصوتية
- أمراض الشرج والبواسر

Rabat, le .....

18/07/2023

## MR BENHADDOUCH LAHCEN

### BEDELIX

1 sachet x 2/j pdt 2 sem à distance des repas

### Oxantin

1 cp x2 /j pdt 2 sem

### HEPANAT

1 cp /j le soir

### NEOFORTAN 160

1 cp x 3 par jour x1 sem

### oedex 20 mg

1 cp / J 1/2 h avt petit dej x 2 sem

BEDELIX 3G  
SACHETS 800  
PER : 22/06/2027  
P.P.V : 57DH70

**NEOFORTAN® 160 mg**

PPV 98DH80  
EXP 08/2025  
LOT 26056 12

**NEOFORTAN® 160 mg**

PPV 98DH80  
EXP 12/2025  
LOT 2D023 12

LOT 211486  
EXP 04/2024  
PPV 99,00DH

**Pharmacie C.H.U**  
16, Avenue Ibn Rochd  
Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 87 25 32  
INPE : 102062049

سردون عمارة 54 شقة رقم 4 أڭادل - الرباط - الهاتف : 05 37 68 19 13 - المحمول : 06 66 36 38 97

Angle Oqba et Ain Asserdoune Imm 54 App N° 4 Agdal - Rabat - Tél : 05 37 68 19 13 - GSM : 06 66 36 38 97

Email : z.chawi@gmail.com - البريد الإلكتروني : ICE : 001684739000003 - INP : 101102184

راوي