

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9947 Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RENCHARKI - OMAR

Date de naissance : 15 - 05 - 1969

Adresse : None

Tél. : 06 61 19 48 03 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/10/2023

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

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ALD

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 : RENCHARKI

Le : 30/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

#### **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
30/10/23 14/11/23		Gardiennage + ECG TRC	300 Dhs	Dr. Siham BELAICHE Cardiologue Angle Bd. Ibn Tacheefine et Adraa EL Mourakuchi 3ème Etage N° 5 Casablanca - tél: 0522 61 11 33

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourrier	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE REGIONALE DE L'EST DE LA LOIRE</i>	<i>30/06/2018</i>	<i>343,50</i>

A blue ink stamp from the "CACHET DU PHARMACIEN DE L'ASSURANCE MALADIE POUR LA REGION CENTRE-VAL DE LOIRE". The stamp includes the date "06/05/2007" and the number "N° 27".

14

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"></td> <td style="text-align: left;">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		B	<p>Coefficient des travaux</p> <p>Montants des soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Date de l'exécution</p>
H	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
D	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
B		B															

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

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

# Dr. Siham BELAICH

Spécialiste des maladies  
du cœur et des vaisseaux

Explorations  
Cardio-Vasculaires

INPE : 06 20 74 810

45,20

القلب والشرايين  
استكشاف أمراض  
القلب والشرايين

BeeR eJ Fettim

23,90

45,20 x 2

Gecophage 8B

2 q x 26

45,30 x 3

Vactine

2 dose x 4

14,60

Deltapone 1

2 q au los

48,40

Solupred 20 mg 20 SP

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Solupred 20 mg 20 SP  
P.P.V : 48,70 DH

6 116000 060536

Ts 313,50



LOT 221261  
EXP 10/2027  
PPV 23.90DH

سراح ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5  
(فوق أسيما و BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

Angle Bd. Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ÈME étage, N° 5  
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél.: 05 22 61 11 33

~~Dr. Siham BELAICHE  
Cardiologue  
Angle Bd. Ibn Tchafne et Adraa  
EL Mourakbi 3eme Etage N° 5  
Casablanca - Tel: 0522 611133~~

NOV. 14 2023 18:16

ID= AGE=

0011110

AC,DERIVAT

