

## 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° W21-608374

91633

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricole : 0944

Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : HALMONY Abdelfajid

Date de naissance : 09.01.1930

Adresse : Coop/ALICHRAFI II n°21 S Daarouf

Tél. : 0698 33 54 57 Total des frais engagés : 1095,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Sihem BELAICHE*  
*Cardiologue*  
*Angle Bd. Ibt Tacheftine et Adraa*  
*El Mourakouthi 3ème Etage N°5*  
*Casablanca - Tel: 0522 61 11 33*

Date de consultation : 07/10/2021

Nom et prénom du malade : 31 TOUANE kefia RA

Age:

Lien de parenté : Lui-même

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 nconfidential 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 : CASA

Le : 10 NOV. 2021

Signature de l'adhérent(e) : H. Halmony

VOLET ADHÉRENT

### 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
07/10/2021	Cr + ECG	0910/12	2500 Dh	Dr. Siham BENAYACHE Cardiologue et anesthésiste Angéiologue et pneumologue El Noureddine Etage 5 Télé: 0522 611133

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALICHKAR	07/10/2021	845,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

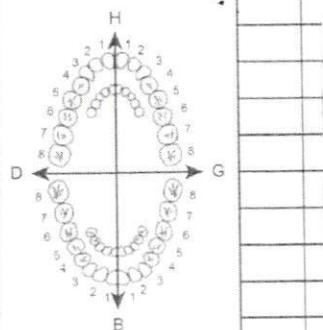
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

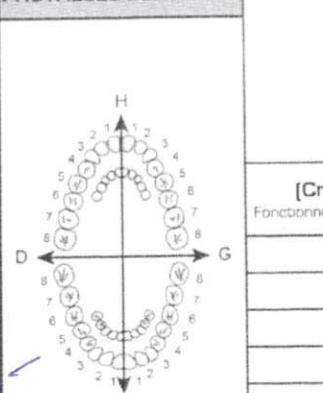
Veuillez joindre les radiographies en ce

### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE

LOT 211955 1  
EXP 07/2024  
PPV 35,70

canalaires, ainsi qu

INP : \_\_\_\_\_

7862160237

### COEFFICIENT DES TRAVAUX

6 118001 100842  
Cardensiel® 1,25 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH

7862160237

### MONTANTS DES SOINS

6 118001 100842  
Cardensiel® 1,25 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH

7862160237

### DEBUT D'EXECUTION

6 118001 100842  
Cardensiel® 1,25 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH

### FIN D'EXECUTION

LOT 211756  
EXP 06 2025  
PPV 46,70 DH

### COEFFICIENT DES TRAVAUX

ZYLORIC 100 mg  
Boîte de 100 comprimés  
A.M. N° 63 DMP/21INT  
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO

6 118000 022268

### MONTANTS DES SOINS

### DATE DU DEVIS

### TON

Alpraz® 0,5 mg  
28 comprimés sécables

6 118000 020530

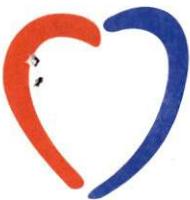
Alpraz® 0,5 mg  
28 comprimés sécables

6 118000 020530

LOT 211994 1  
EXP 08/2024  
PPV 35,70

Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux

Explorations  
Cardio-Vasculaires



إختصاصية في أمراض  
القلب و الشرايين  
استكشاف أمراض  
القلب و الشرايين

2c T/20/21

3ème Klinik

164.70x3

- Injlix am 16/2/17

1g

77.80x3

Cardonacel

1,25

46.70

Zygomic los

1g

35.70x2

AC Prag 9,8

2426

T 845,60

1g



زاوية شارع ابن تاشفين والدار البيضاء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5  
05 22 61 11 33 - الدار البيضاء - الهاتف : (05 22 61 11 33) (فوق أسيم واد)

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

OCT. 07 2021 17:03  
ID= AGE=

AC,DERIVAT

