

# 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.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3110

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZAID LARBI

Date de naissance :

01.01.45

Adresse : 91 MOUJAHIDINE AL AAROUI (NADOR)

Tél. : 06 61 55 808

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30.10.23

Nom et prénom du malade : ZAID LARBI Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA

Le : 30.10.23

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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        |                   | 63 * ECG              | 250                             |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 30/07/03 | 4940                  |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

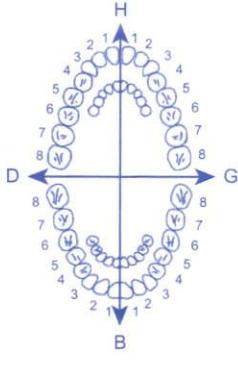
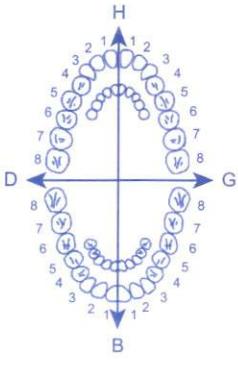
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins          | Coefficient               |  |  |
|--|---|---------------------------|---------------------------|--|--|
|   |   |                           |                           | CŒFFICIENT DES TRAVAUX<br><br>[Redacted box] |  |
|  |   |                           |                           | MONTANTS DES SOINS<br><br>[Redacted box]     |  |
|  |   |                           |                           | DEBUT D'EXECUTION<br><br>[Redacted box]      |  |
|  |   |                           |                           | FIN D'EXECUTION<br><br>[Redacted box]        |  |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE  |                           |                           |  |  |
|  | H<br>25533412<br>00000000   | G<br>21433552<br>00000000 | D<br>00000000<br>35533411 | B<br>00000000<br>11433553                    | CŒFFICIENT DES TRAVAUX<br><br>[Redacted box] |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                           |                           | MONTANTS DES SOINS<br><br>[Redacted box]     |  |
|  |   |                           |                           | DATE DU DEVIS<br><br>[Redacted box]          |  |
|  |   |                           |                           | DATE DE L'EXECUTION<br><br>[Redacted box]    |  |

**Professeur Nacer CHRAIBI**  
**الدكتور ناصر الشرايبي**  
**Maladies du Cœur et des Vaisseaux**  
**أمراض القلب والشرايين**

**Ex Chef du Service de Cardiologie**

au CHU Ibn Rochd de Casablanca  
Résidence Espace Palmier  
34 Rue Charam Achaykh  
Casablanca

رئيس قسم أمراض القلب سابقاً  
بالمؤتمر الجامعي ابن رشد  
إقامة قضاء التخييل  
34 شرم الشيخ  
الدار البيضاء

الهاتف : 0522 98 12 52

Fax : 0522 99 19 43

**Sur rendez-vous**

INP 091043026 - ICE: 001714601000090

**ORDONNANCE**

30/10/23

Casablanca .....

O' Saïd Laâbi  
Em Joxe  
Taraxeb 25 mg  
Uqdo 1/2 c deux

PHARMACIE FRANCIAVILLE  
HABIB BEN ABDERRAHMANE  
406, Bd. Ghazzali - Casablanca  
Tél: 05 22 23 04 21

DR NACER CHRAÏBI  
Cardiologue  
34, Rue Charam Achaykh  
CASABLANCA - Tél: 0522 98 12 52

PR. NACER CHRAÏBI  
Cardiologue  
34, Rue Charam Achaykh  
CASABLANCA - Tél: 0522 98 12 52

٢٤١٧٥

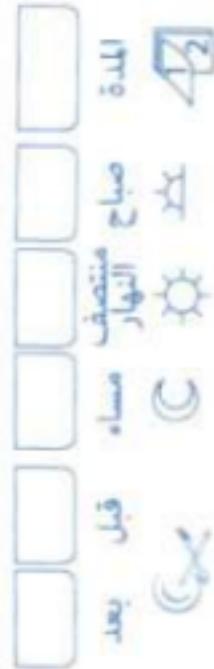
# طاراكست®

هيدروكسيزين ثانوي كلوريدرات

٢٥ ملخ

٣٠ قرصاً مضغانياً قابلاً للكسر

عن طريق الفم



**TARAXET® 25 mg**

30 Comprimés pelliculés sécables  
AMM N° 347/15 DMP/21/NNP



6 118000 022954



٢٤١٧٥

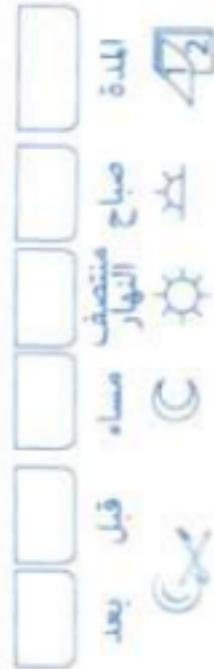
# طاراكست®

هيدروكسيزين ثانوي كلوريدرات

٢٥ ملخ

٣٠ قرصاً مضغانياً قابلاً للكسر

عن طريق الفم



**TARAXET® 25 mg**

30 Comprimés pelliculés sécables  
AMM N° 347/15 DMP/21/NNP



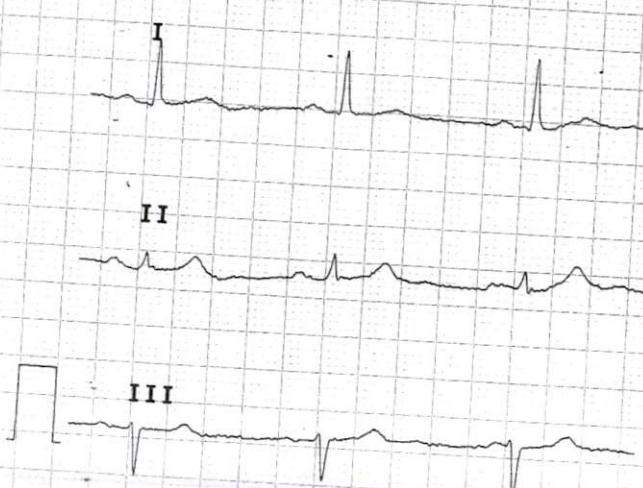
6 118000 022954



MAC 500

35.051

V2.22



GE marquette

30 Oct 23 11:38

aVR

aVL

aVF

Auto 25mm/s 10mm/mU SAD

50Hz 0,08-35Hz 60/min

MAC 500

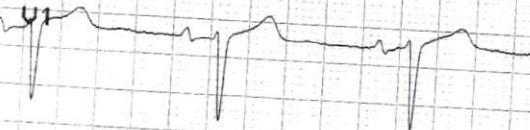
226 167 02

V2.22

GE marquette

35.051

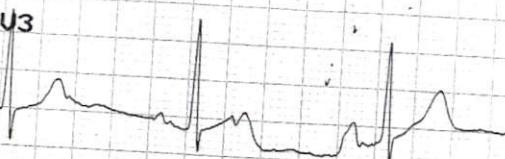
30 Oct 23 11:38



U4

U5

U6



Auto 25mm/s 10mm/mU SAD

50Hz 0,08-35Hz 60/min