

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

783699

## Déclaration de Maladie : № S19-0046222

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4236 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HARAKAT Wafa Date de naissance : 25.06.1957

Adresse : dar Nalak Rue El Azouz - cir - cas

Tél. : 06 63 444000 Total des frais engagés : 680,- Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11.09.2023

Nom et prénom du malade : HARAKAT WAFIA Age : 67 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Nez de Gal

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dr. Zeddi

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 : Car Le : 19.11.2023

Signature de l'adhérent(e) : Ghattas

## **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
11.9.23		C3 = 250.5		<i>Dr. Azzedine Boudjedra Anesthésiste Réanimateur Clinique Mers-Souran Tel: 0522 27 72 72 INP: 091051904</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE HAY RAÏS</b> Hicham ABOUTIKA Docteur en Pharmacie 25 n° Av des Pléiades Bd Arousal Hay Raïs Hermès Casablanca Tel 05 22 28 09 26 09/2023	2023-10-09	430,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

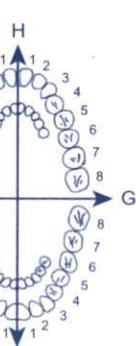
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D			MONTANTS DES SOINS
	G			DATE DU DEVIS
	B			DATE DE L'EXECUTION
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

607/10/2023.

Mme. HAZAKAT WAFA

~~Elifac~~  
~~430,00 - Omnipaque 350~~

ADP inf



*RADIOLOGIE ANOUAL 111  
 Oncologie & Diagnostic du Maroc  
 ICI: 00161006000058  
 Anoual*

**PHARMACIE HAY RAJA**  
 Hicham ABOUZIKA  
 Docteur en Pharmacie  
 125 hc Av des Pléiades Bd Anoual  
 Hay Raja 10670000  
 Casablanca Tel 05 22 86 05 25

GE Healthcare



## OMNIPAQ™ الـمـوـجـيـةـ

**350**

mg / ml  
لـلـحـقـنـ

**1 x 50 ml**

EX/  
الـمـنـاـعـةـ  
Date /  
الـتـارـيـخـ:  
الـحـصـفـ:

04-2026  
16453209



GE Healthcare

**OMNIPAQ™  
الـمـوـجـيـةـ**

**350**

mg / ml  
لـلـحـقـنـ

**Solution injectable  
IOHEXOL**

**مـسـلـولـ لـلـحـقـنـ**

**أـبـهـوكـسـوـلـ**

**1 x 50 ml**

EX/  
الـمـنـاـعـةـ  
Date /  
الـتـارـيـخـ:  
الـحـصـفـ:

04-2026  
16453209

1201829 MAR

7 037960 644091

AMM N°: 102/19 DMP/21/NRQ  
7 037960 644091

Pour 1 mL de solution : iohexol 755 mg q.s.p.  
350 mg d'iode.

Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcium,  
eau P.P.I.

Le flacon à usage unique.

A conserver à une température ne dépassant pas  
+30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants.

Le produit peut être conservé 3 mois à une  
température de +37°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

1 mL de solution contient :  
Pour 1 mL de solution, iohexol 755 mg q.s.p.  
350 mg d'iode.  
Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcium  
eau P.P.I.

Le flacon à usage unique.

A conserver à une température ne dépassant pas  
+30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants.

Le produit peut être conservé 3 mois à une  
température de +37°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

1 mL de solution contient :  
Pour 1 mL de solution, iohexol 755 mg q.s.p.  
350 mg d'iode.  
Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcium  
eau P.P.I.

Le flacon à usage unique.

A conserver à une température ne dépassant pas  
+30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants.

Le produit peut être conservé 3 mois à une  
température de +37°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

1 mL de solution contient :  
Pour 1 mL de solution, iohexol 755 mg q.s.p.  
350 mg d'iode.  
Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcium  
eau P.P.I.

Le flacon à usage unique.

A conserver à une température ne dépassant pas  
+30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants.

Le produit peut être conservé 3 mois à une  
température de +37°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

1 mL de solution contient :  
Pour 1 mL de solution, iohexol 755 mg q.s.p.  
350 mg d'iode.

Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcium,  
eau P.P.I.

Le flacon à usage unique.

A conserver à une température ne dépassant pas  
+30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants.

Le produit peut être conservé 3 mois à une  
température de +37°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

PPV  
215.00DH

PPV  
215.00DH