

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5879

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SIKAR NAIKA

Date de naissance :

Adresse : 28 Bd OUN RABII Ben Hocine EZZAHRA DULFA QASA

Tél. : 0664506836

Total des frais engagés : 105140 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr CHAIB Abdeghani  
Maladies du Coeur et des Vaisseaux  
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2  
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1<sup>er</sup> Et.  
Casablanca - Tél. : 05 22 57 05 04

Date de consultation :

29 OCT 2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

HFA

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

## 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
10/01/2023	5		Bruxelles	Dr. CHAHI Abdellah Maladie du Coeur et des Vaisseaux Angle Bd. Panoramique et Bd. 2 Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1 <sup>er</sup> Etage Casablanca - Tel.: 05 22 52 05 05  INPE 091017202

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Hay El Moutassim d. Oum Kalthoum Oulfa - Tel.: 93.20.1111	10 Janvier 23	751,40

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>
				Coefficient DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>
				DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

**[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**

# Dr CHAHI Abdelghani

Spécialiste des maladies  
du Coeur et des Vaisseaux HTA  
Holter Tensionnel et Holter Rythmique  
Epreuve d'Effort et Médecine de Sport



الدكتور شاهي عبد الغافي

عيادة أمراض القلب والشرايين

التسجيل المستمر للضغط الدموي وتحيط القلب

اختبار القلب بالجهد

Nom :

Sikar Malika

Casablanca, le

20 Oct 2023

108,70 X 6

AS

- Insulin 150

1-0-1

49,60 X 2

fm  
(3 ml)

Aug/15

5 751,40

AS

III 6 mm

الدكتور شاهي عبد الغافي  
أمراض القلب والشرايين

Dr. CHAHI Abdelghani  
Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Angle Bd. Panoramique et Bd. 2 Mars  
Casablanca N°1 - Rue 14 Mars  
Mars Andalous 3 Casablanca

Angle Bd Panoramique et Bd 2 Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1er étage Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 52 05 05 - Urgence : 06 61 18 53 87 / 05 22 23 26 27 - ICE : 001712637000059

Fabriqué par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE. Belgique.

6 118001 320103

Remboursable



PPV: 49,60 DH  
LOT: 23C29  
EXP: 03/2026

PPV: 49,60 DH  
LOT: 23C29  
EXP: 03/2026

LOT: 230168  
EXP: 02/2025  
PPV: 108DH70

LOT: 230168  
EXP: 02/2025  
PPV: 108DH70

Fabriqué par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE. Belgique.

6 118001 320103

Remboursable



LOT: 230168  
EXP: 02/2025  
PPV: 108DH70

LOT: 230168  
EXP: 02/2025  
PPV: 108DH70

IRBESAR® SUN 150 mg  
Boîte de 28  
comprimés pelliculés  
Voie orale

6 118000 380573

IRBESAR® SUN 150 mg  
Boîte de 28  
comprimés pelliculés  
Voie orale

6 118000 380573

IRBESAR® SUN 150 mg  
Boîte de 28  
comprimés pelliculés  
Voie orale

6 118000 380573

IRBESAR® SUN 150 mg  
Boîte de 28  
comprimés pelliculés  
Voie orale

6 118000 380573

IRBESAR® SUN 150 mg  
Boîte de 28  
comprimés pelliculés  
Voie orale

6 118000 380573

IRBESAR® SUN 150 mg  
Boîte de 28  
comprimés pelliculés  
Voie orale

6 118000 380573