

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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

M22- 0042780 *14/09/2022*

*ABSS*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6412** Société : **R.A.M.**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **A.M.I. ABDELLAH.**

Date de naissance :

**3.8.1963**

Adresse :

**habitatelle**

Tél. :

**CS.085**

Total des frais engagés : **210 + 79.30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**15.11.2019**

Nom et prénom du malade : **A.M.I. ABDELLAH** Age :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : **Neoplasie du Cerveau** Enfant :

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 abus 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 : **Casab**

Le : **1.12.2022**

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **M22-00427800**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **6412** Nom de l'adhérent(e) : **A.M.I.**

Total des frais engagés : **210 + 79.30**

Date de dépôt : **1.12.2022**

## 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 Portement des Actes
21-11-99	G		250	Dr Naoufel M'hamed énaire International d'Oncologie Oncologue Radiologue l'Oasis Rue des Abédoettes Casablanca 05 22 77 81 81

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	PHARMACIE ACH-CHARAF Montant de la facture Dr. Bouchra TAOUDI Coopérative Ac-charaf, N° DM2 Haddaouia, CASA Hay Inara, Haddaouia, CASA Tél : 0529 21 84 09 30
<b>PHARMACIE ACH-CHARAF</b> Dr. Bouchra TAOUDI Coopérative Ac-charaf, N° DM2 Haddaouia, CASA Tél : 0529 21 84 09	27/11/22	

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### VIOLET ADHESIVE

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre International d'Oncologie Casablanca  
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU  
Oncologue - Radiothérapeute  
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

**21/11/2022**

**Facture N°: FC2211000979**

Mr. AMINI ABDENBI

Acte : Consultation

Prix : 250 Dhs

Signature

Dr. Naoufal MAMOU  
Central International d'Oncologie Casablanca  
Oncologue - Radiothérapeute  
Route de l'Oasis Rue des Alouettes Casablanca 20520  
Tél: 05 22 77 82 28

Casablanca, le.....

**PHARMACIE ACH-CHARAF**  
Dr. Bouchra TAOUDI  
Coopérative Ac-charaf, N° DM2  
Hay Inara, Haddaouia - CASA  
Tél.: 05 22 21 64 09

**21/11/2022**
**Mr. AMINI ABDENBI**
**1/ BALLONYL BT/60**

LOT: 220529  
DLUD: 07/2025  
63,30DH

Favor

1 cp trois fois par jour

16.00

**2/ TITANOREINE PDE**

LOT: 211018  
PER: 07-2024  
PPV: 16,00DH

une application deux fois par jour

**PHARMACIE ACH-CHARAF**  
Dr. Bouchra TAOUDI  
Coopérative Ac-charaf, N° DM2  
Hay Inara, Haddaouia - CASA  
Tél.: 05 22 21 64 09

**PHARMACIE ACH-CHARAF**  
Dr. Bouchra TAOUDI  
Coopérative Ac-charaf, N° DM2  
Hay Inara, Haddaouia - CASA  
Tél. : 05 22 21 64 09

**Naoufel MAMOU**  
Centre International d'Oncologie  
Oncologue - Radiothérapeute  
Route de l'Oasis, Rue des Alouettes, Casablanca  
Tél: 05 22 77 81 81