

# 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

- Reclamation : 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.

M22- 0044611

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07739

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FADIL

Date de naissance :

Adresse : Habituelle

Tél. : 0604331303

Total des frais engagés : 178,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/01/2023

Nom et prénom du malade : FADIL Mohamed

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : Lymphome Non Hodgkin

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 : CAS

Le : 09/01/2023

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
09/01/2023	ACS		400 DH	Dr. Jallal Ben Aissa SPECIALISTE EN HEMATOLOGIE Abdoumouen Centre Angle Bvd. Abdoumouen et Anouar 20 000 Casablanca Tél: 05 22 864 366 Fax: 05 22 865 938

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BENABDERAHMANE Sall Bd. Oum Reille El Oued Sall Magasin N° 15 Hay Té: 89.57.72 - Casablanca	09/01/23	178 DH

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

MR 07739 ✓

Casablanca, le : 09/01/2023

## Identité :

M. Mohamed FADIL  
DDN : 14.10.1956



Dr Jalil BENNANI

Spécialiste en Hématologie Clinique  
DES en Cancérologie  
AFSA en Hématologie

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles

Ancien assistant à l'Institut Jules Bordet – Bruxelles

Ancien chef de clinique à l'Institut Gustave Roussy – Villejuif

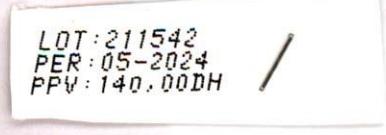
Ancien Interne des Hôpitaux Saint-Louis et Hôtel Dieu - Paris



38, n  
Mer  
Cotrim fort 1cp x3/semaine (lundi mercredi vendredi) pdt 1 mois  
Oedes 20mg 1cp/j (grande Boite)



LOT: 211542  
PER: 05-2024  
PPV: 140.00DH



38, n

Adresse : CENTRE ABDELMOUNEN  
Angle Bdvs Abdelmoumen et Anoual  
20360 Casablanca - Maroc

Tel : +212 (0) 522 864 666  
+212 (0) 696 626 504  
Fax : +212 (0) 522 865 938  
Email : [j.bennani@gmail.com](mailto:j.bennani@gmail.com)

