

# 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.

M23-002064

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **2545** Société : **RAM**  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : **ASXZS3**  
 Nom & Prénom : **JALIL MOHAMED**  
 Date de naissance : **01-01-1953**  
 Adresse : **97 RUE SOCRATE MAARIF CASA**  
 Tél. **0670566416** Total des frais engagés : **2.921 Dhs**

### Cadre réservé au Médecin

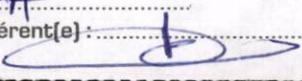
Cachet du médecin :  
**Dr. BELLAHLI JEDDOUSSI**  
*Anesthésiste Réanimateur*  
**INPE : 091016576**

Date de consultation : **14/04/2023**  
 Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : **Affection chronique**  
 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.

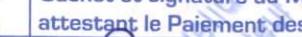
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASA**

Le : **14/04/2023**

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
14/04/2023	g		600 g 200	 Dr. Jean-Louis Bégin 091016578

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE ACHARAF SAAL</b> Dr SAHABEDDINE Mohammed Amine Socrate Maalif - Casablanca t: 05 22 25 22 09	14/04/23	222,-

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

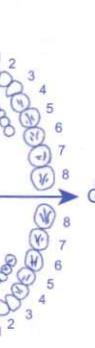
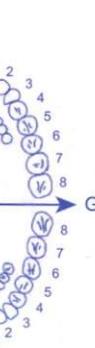
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	Coefficient des travaux
	D	21433552 00000000 11433553	B	Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOOTHERAPIE METABOLIQUE

CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIOMOTHERAPIE - CHIOMOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفيماض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, MAROC

11/05/18 23



090001405

M. Zaki Mohamed

~~✓ Wohlgemerkt auf Sfo.~~  
~~✓ 222,00 Dhs.~~  
~~✓ Augmentin Ag 02ch.~~  
~~✓ 21g. h1~~

**Dr. BELLAILIH Abdellatif**  
 Anesthésie  
 INPE

PPV: 222,00 DH  
 LOT: 651330  
 PER: 12/24

6 118000 161042  
  
 AUGMENTIN 1/125 mg O  
 24 sachets  
 96, Rue Soukate Maârif - Casablanca  
 Tél: 05 22 25 22 09

[www.centrealkindy.ma](http://www.centrealkindy.ma) | E-mail : [alkindy.oncologie@centrealkindy.ma](mailto:alkindy.oncologie@centrealkindy.ma) | Patente : 35806396 | I.F : 01002283 | CNSS : 2026913 | ICE : 000 205 043 0000 17

المقر الرئيسي : 4، زققة يوسف الكندي، شارع بن سينا، الدار البيضاء، مغاريف، المغرب

Accueil Général : +212 520 48 72 00 /01	Secrétariat Radiothérapie : +212 520 48 72 02	Service Facturation : +212 520 48 72 07
: +212 522 39 33 33	Secrétariat Consultation Médicale : +212 520 48 72 03	Service Caisse : +212 520 48 72 09
Fax : +212 522 39 37 34	Service Prise en charge et Devis : +212 520 48 72 04	Service Pharmacie : +212 520 48 72 20