

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Déclaration de Maladie**

N° M20- 0009296

72 437 CA

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9795 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KOHEN DUAFAO

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 250,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/05/2011

Nom et prénom du malade : KOHEN GP BENNAO OUARAE

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Néoplasie Mammare

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M20-09296

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 : 9795

Nom de l'adhérent(e) : KOHEN

Total des frais engagés : 250,00

Date de dépôt : Mai 21

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|                                     |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |

### VOLET ADHERENT

aereo

\* 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

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées   | Nature des Soins                                       | Coefficient |                         |
|------------------------------|--|--|-------------|-------------------------|
|                              |  |  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |  |  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |  |  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |  |  |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE              |  |             |                         |
|                              | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411 | G<br>21433552<br>00000000<br>B<br>00000000<br>11433553 |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |  |  |             | 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

Casablanca, le :

## Reçu de caisse N° : 18667

boudadm

| Identifiant patient | Nom du patient         | Date encaissement |
|---------------------|------------------------|-------------------|
| 200113114255D<br>O  | KOHEN EP. BENNIS OUFAE | 10/05/2021        |

| Mode Règlement    | Motif / Référence de paiement | Montant Dhs   |
|-------------------|-------------------------------|---------------|
| Espèce            | CHIMIOTHERAPIE                | 250,00        |
| Reçu établi par : | <b>Total payé</b>             | <b>250,00</b> |

4, route de l'Oasis rue des Alouettes  
Casablanca  
Tél. : 0522 77 81 81  
Fax : 0522 99 65 74  
E-mail : naoufal.mamou@gmail.com  
Site web : www.ciocasablanca.ma

Dr. Naoufal Mamou  
Oncologue - Radiothérapeute  
Centre International d'Oncologie Casablanca  
Tél. : 0522 77 81 81  
Fax : 0522 99 65 74  
E-mail : naoufal.mamou@gmail.com  
Site web : www.ciocasablanca.ma

