

# 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## biologie 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.

## ique :

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.

## ladie 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'Horloge 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5197

Société : 105596

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : R. REDOUANI - BA Haja

Date de naissance : 09/07/1959

Adresse : N° 12, Rue D'ARMENIE El Mans Oula

Tél. : 0661424863

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Kamal LAHBAB,  
ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE ②  
Centre International d'Oncologie de Casablanca  
4, Route de l'Oasis Rue des Aïouettes - Casablanca  
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 85 74

Date de consultation : 28/01/2022

Nom et prénom du malade : R. Redouani - Rohaja ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Cancérisme ..... inconnue

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 : Casablanca

Le : 28/01/2022

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
28.01.22	Cs		250.00	Dr. Hassan EL BABI ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE Centre International d'Oncologie de Casablanca 4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca Tél : 05 22 77 34 54 - Fax : 05 22 99 65 74

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACEUTIQUE</b> <b>Dr. MOHAMED AYAD AMARAN</b> <b>77, Rue de Bouzai - Casablanca</b> <b>Tel: 05 22 55 57 87 / 81</b> <b>INPE 092053021</b>	28/03/22	71,62

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

**[Création, remont, adjonction]**  
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

28/01/2022

Mme REDOUANI Bahija

autre indications, excipients à effet  
secondaire : voir notice.

PPV: 48DH50  
PER: 11/24  
LOT: K3007

bottu s.a.  
82, Allée des Cimetières - Ain Seba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



21.1.60  
1/ COTIPRED 20 MG



2 cp le matin à jeun pendant 3 jours

23.1.60  
2/ ALLER-Z



1cp le soir

-----  
médicaments à prendre 1 jours avant le traitement,  
le jour du traitement et 1 jours après traitement

