

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9697 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAKIR BOUSETTA

Date de naissance : 22.10.1961

Adresse : Habatelle

Tél. 06.61.76.75.09 Total des frais engagés : 250 + 86, 50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/04/22

Nom et prénom du malade : CHAKIR BOUSETTA Age : 56 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : neoplasie mammaire

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 : 19/04/22 CASA Le : 19/04/22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

#### **BELEVE 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
19/04/99		3	250	  <p>Ministère de la Santé et des Affaires Sociales Office National d'Assurance Maladie et de la Sécurité Sociale Dakar - Sénégal 27 Avril 1999</p>

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

<p><b>Cachet du Pharmacien</b></p> <p><i>au du Fournisseur</i></p> <p><b>PHARMACIE IBN HAYANE</b></p> <p><b>ZOUGARI LAGHARTI</b></p> <p>Mosquée Badr - Bourgogne</p> <p>Tél: 0522 26 40 11 / 06 11 64 722</p> <p>ICE : 001547302009067</p>	<p><b>Date</b></p> <p><b>ARDEZ EN</b></p> <p><b>Carte bleue</b></p> <p><b>11/10/04/22</b></p>	<p><b>Montant de la Facture</b></p> <p><b>86,8</b></p>
--	---	--

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

The diagram illustrates the H-D-B coordinate system. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis to the left is labeled 'D' (Distance), and the diagonal axis pointing down and to the right is labeled 'B' (Bearing). Points are numbered 1 through 12 and are distributed as follows: Point 1 is at the top (H-axis). Points 2 and 3 are on the upper arc of the circle. Points 4 and 5 are on the left arc. Points 6 and 7 are on the lower-left arc. Points 8 and 9 are on the lower arc. Points 10 and 11 are on the lower-right arc. Point 12 is at the bottom (B-axis). The points are arranged such that they form a roughly circular pattern centered at the origin, with some points having small circles or arrows near them.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



AKDITAL

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

البلدة ابن  
البلدة ابن  
**PHARMACIE IBN HAYANE**  
**ZOUGARI CHAKOUR LABDESLAM**  
Mosquée Badr Bourgogne - Casablanca  
Tél: 0522 2640 21  
ICE : 001547302000067

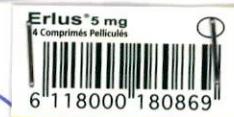
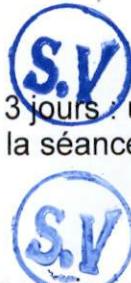
Mme CHAKOUR BOUCHRA

### 1/ COTIPRED 20MG

2 cp le matin pendant 3 jours : un jour avant la séance de la séance et un jour après la séance

### 2/ ERLUS 5MG/14COMP

1 cp le soir pour 3 jours : un jour avant la séance , le jour de la séance et un jour après la séance



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