

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-705381

136973

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
9795

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Kohen Ouafaa*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais

35,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Docteur Hassan TALIBI**  
Docteur Anesthésiste Réanimateur  
Médecin Anesthésiste de la Douleur  
Traitement de la Douleur  
Hypnose Médicale  
Centre International d'Oncologie - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 29 65 71

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident, dans le cadre de la maladie, de la douleur ou de l'hypnose médicale, dans le caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du

**Docteur Hassan TALIBI**  
Docteur Anesthésiste Réanimateur  
Traitement de la Douleur  
Hypnose Médicale  
Centre International d'Oncologie - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 29 65 71

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 :

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
06.09.22	CS	Gratuite		INP : 091166335

**Docteur Hassan TALIBI**  
Médecin Anesthésiste Réanimateur  
Traitement de la Douleur  
Hypnose Médicale  
Centre International d'Oncologie Casablanca  
Tel: 05 22 77 81 81 - Fax: 05 22 89 65 74

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BALMA Sma 17/1 Magasin N° 151 Tél: 80 22 77 81 81	06.09.22	95,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

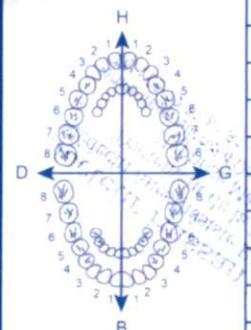
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

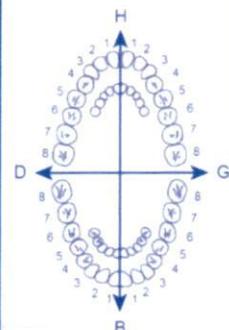
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTIGATOIRE

Docteur Hassan TALIBI  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
00000000, 35533411 11433553  
B

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

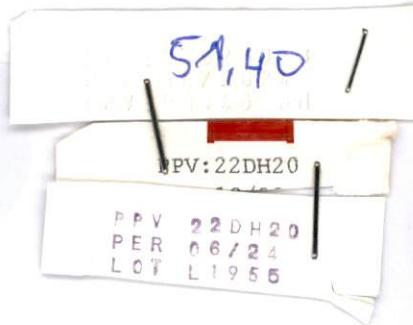
Nom et prénom :

Mme KOHEN OUAFAE  
Né le : 04/12/1967


SA.00

SEPCEN 250 mg Cp  
1cp \*2/j Per Os Pdt 05 jours

22.Wx2

CODOLIPRANE Cp  
1cp \* 3/j Per Os Pdt 05 jours


Changement du pansement tous les 03 jours pendant 10 jours

95,80

Dr TALIBI HASSAN

Docteur HASSAN TALIBI  
Anesthésiste-Réanimateur  
Traitement de la Douleur  
Hypnose Médicale  
INPE : 091164335

Docteur. AARAB ADDI

