

# 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

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

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 7743 Société : R.A.M  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraité  
Nom & Prénom : CHRAIBI SAAD 165449  
Date de naissance : 22/11/49  
Adresse : Residence D'ERAN PARIS 8 APP 3 DAK  
Bouzera - CASABLANCA  
Tél. 0661024946 Total des frais engagés : 396,00 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :  
  
Date de consultation : 16/11/2013  
Nom et prénom du malade : Chraibi Saad Age : 73  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Tumorectal  
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 : CASABLANCA Le : 16/11/2013 123  
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
01/06/2013	S		309,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE OCEAN PALM</b> <b>HARIT NAJWA</b> Docteur en Pharmacie Ocean Palm GH3 Imm 14 MAG n°1 Route D'zemmour - Dar Bouazza 31 63 - INPE: 092103613		96,00

## 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.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## تشخيص وعلاج الأورام الرعاية الداعمة في الأورام وأمراض الدم

01 juin 2023

Mr. CHRAIBI Saad

**DIGESTINE 1cp X2 /j x 05j**

## VOGALENE 1CAS x 04/ j

## JUVATONUS 1 AMP / J

## PRAZOL 20 1 GEL/J

**CURTEC**

**1 CP LE MATIN X 03 JOURS à démarrer la veille du traitement**

## COTIPRED

**3 CP LE MATIN X 03 JOURS à démarrer la veille du traitement**

## SYSMETIX 1 GEL /J

Dr. Fatma BEN ABID  
ONCOLOGIE  
N° 16  
NE D'ONCOLOGIE  
\*21537188  
\*21537188

Dr. Fatma BEN ABID  
ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE  
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE - Rabat  
22, Avenue Alphonse Béguin - Souissi - Rabat  
Tél : +212(522) 37 66 41 66

clInique d'oncoLoqie 16 Novembre

📍 22 Avenue Ahmed baLafrej - rabat

© clinique@co16.ma

 +212 (6) 69 00 00 48  
 +212 (5) 37 67 17 17 L.G  
 +212 (5) 37 66 41 66 L.D  
 +212 (5) 37 67 29 29  
 fbenabid@co16.ma