

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.



**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2651 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SAOUTI Abdellmajid

Date de naissance : 21/06/1959

Adresse : HAY MANDAROUNA R.D N°33 AIN CHOK

CASABLANCA

Tél. : 06 61 71 42 90 Total des frais engagés : 1090,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/03/2024

Nom et prénom du malade : Saouti Abdellmajid Age : 65

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : néoplasie de la vessie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

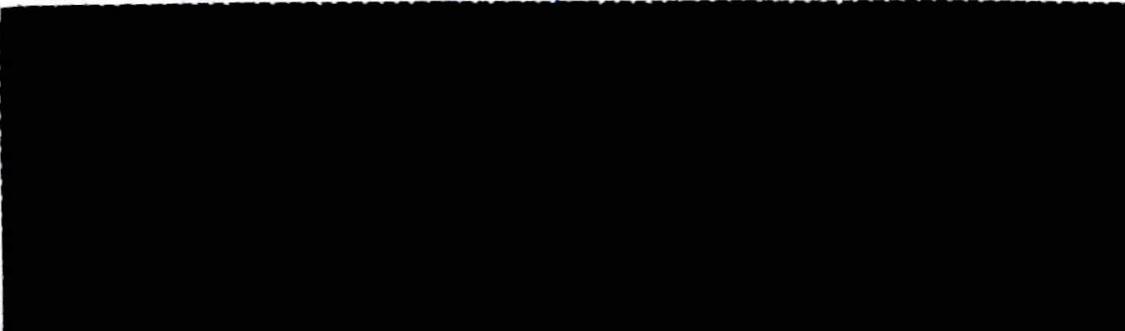
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 04/03/2024

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



### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06.03.94        | C                 | 250                   |                                 | <i>77 6181<br/>Dr. H. H. MAMOU</i>                             |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 06.03.2024 | 840,00 DH             |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

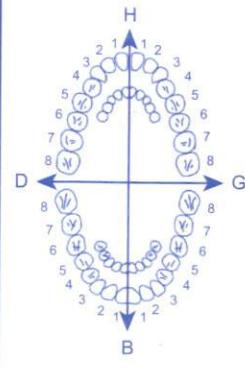
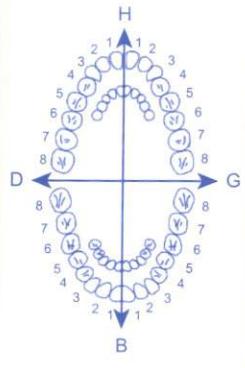
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                                       |             | Coefficient des Travaux |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>11433553 | B           | MONTANTS DES SOINS      |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                       |             | DATE DU DEVIS           |
|   |  |                                       |             | DATE DE L'EXECUTION     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Doss M23-0033491



AKDITAL

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

NIVESTIM 30MU ME.MIC E/0.5ML Pfizer  
Prix Hôpital : 840DH00  
6118001 171422 Laboratoires S.A.

Dr. Naoufal MAMOU  
Oncologue - Radiothérapeute  
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

04/03/2024

Mr. SAOUTI ABDELMAJID

### NIVESTIM 30

une injection par jour en sous cutanée pour 5 jours

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

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca  
Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74  
E-mail : info@ciocasablanca.ma  
Site web : www.ciocasablanca.ma  
IF : 14402100 - ICE : 001645198000028

Doss 0723-0033491



AKDITAL

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

Dr. Naoufal MAMOU  
Oncologue - Radiothérapeute  
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

04/03/2024

Facture N°: FC2403002497

Mr. SAOUTI ABDELMAJID

Acte : Consultation

Prix : 250 Dhs

Signature



4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca  
Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74  
E-mail : info@ciocasablanca.ma  
Site web : www.ciocasablanca.ma  
IF : 14402100 - ICE : 001645198000028