

# 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.

## 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.

## Optique :

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.

## 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.

## Déclaration de 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

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0019990

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 948 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : M. N. ADEH Date de naissance :

Adresse : Rue 14 N° 11 M. BIR LAMDOUNE CASA

Tél. : 05.22.83.49.85 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/07/1999 Age : 71 Ans

Nom et prénom du malade : AZEDDOU Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Nooplasie du sein

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 : CASA BLANCA Le : 03/07/1999

Signature de l'adhérent(e) : Elouaies

## 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
03/07/19	C1		150,-	ALAMI DENTISTE - Prothérapie 47, Rue Lahl en El Ariboune Quartier des Hopitaux Casablanca Tél: 0522 862555 Fax: 0522 862555
03				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE du 2 Mai Aicha</i>	03/07/19	2907,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# Oncologie



# Radio

AROMASINE 25MG 30 CPS  
P.P.V : 969DH00

Laboratoire  
S.A

AROMASINE 25MG 30 CPS  
P.P.V : 969DH00

Laboratoire  
S.A

AROMASINE 25MG 30 CPS  
P.P.V : 969DH00

Phu A2 EDD du

2

**Pr. A. Acharki**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. S. Sahraoui**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. N. Benchakroun**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. Z. Bouchbika**  
Onco-Radiothérapeute

969.00x3

Angiomazine.

1cp/3 x 3 mois / 3 Boîtes

2907,00

S.V

~~Dr. Omar ALAMI  
Oncologie - Radiothérapie  
INP - Casablanca  
41, Rue Lahcen El Arjoune  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél: 0522 86 27 00 Fax: 0522 86 25 56~~

PHARMACIE du 2 MARS  
Mme. EL ALAOUI Aïcha  
575, Av. du 2 Mars Andalous 1  
Tél: 05.22.28.57.84 - Casablanca

41, Rue Lahcen El Arjoune - Casablanca - Maroc . ( en face de l'hôpital 20 Août)

Tél. : 05 22 86 27 00 - Fax : 05 22 86 25 56 - GSM : 06 61 99 67 26