

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0021796

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7252 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RAÏSSI EL ARBI
 Date de naissance : 01/01/1958
 Adresse : LOT WAFRA AN N° 272 H DEROUA
 Tél. : 0666816955 Total des frais engagés : 41160 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 03/02/2023
 Nom et prénom du malade : RAÏSSI EL ARBI Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALD ALD
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC
 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 : DEROUA Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

RELEVÉ 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
03/02/23	G		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'Hôpital, Casablanca Tel: 0522 86 54 37 / 86 54 37 Fax: 0522 86 54 37 / 86 54 37 Email: info@pharmacie-hopital.ma INPE: 092004357	03/02/23	411,60

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 00000000 35533411 </div> <div> 00000000 11433553 </div> </div> B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ghandi Oncology

Oncologie médicale - Radiothérapie

Docteur BENMESSAOUD Kenza

الدكتورة بنمسعود كنزة

Oncologue - Radiothérapeute

Traitement et prise en charge des cancers - Dépistage - Prévention - Radiothérapie conformationnelle 3D - Radiothérapie par modulation d'intensité IMRT - Radiothérapie stéréotaxique - Radiochirurgie - Curiethérapie - Oncologie médicale - Chimiothérapie - Hormonothérapie - Thérapie ciblée - Immunothérapie - Traitement de la douleur - Soins palliatifs

03 février 2023

Mr. RAISSI EL ARBI

100,80 x 2

1/ MOSCONTIN 30 MG COMPRIME LP

1CPX2/J, 14 JOURS

35,00 x 6

2/ SEVREDOL 10 MG COMPRIME PELLICULE SECABLE

1CP TOUTES LES 4 HEURES, 14 JOURS

INPE: 092004357
RC: 252233310E: 001448477000066
Tél: 0522 86 04 67 - IF: 40464164
Fax: 0522 86 04 68 / 86 54 37
pharmacie.boudourcas@gmail.com
115, Rue Stahli, Centre hospitalier, Casa
PHARMACIE AL BOUDOUR SARL AU

09.11.14

Dr. BENMESSAOUD Kenza
Ghandi Oncology
Oncologue - Radiothérapeute
36, Bd/Ghandi / Imm. Ghandi
Offices 2ème Etage N°7
Tél: 0522 22 01



6 118001 121311
SEVREDOL 10mg - 14 cps
604 DMP/21/NRQ du
17/11/2015 PPV: 35DH00

2505-3

6 118001 121311
SEVREDOL 10mg - 14 cps
604 DMP/21/NRQ du
17/11/2015 PPV: 35DH00

2505-3

6 118001 121311
SEVREDOL 10mg - 14 cps
604 DMP/21/NRQ du
17/11/2015 PPV: 35DH00

2505-3

6 118001 121311
SEVREDOL 10mg - 14 cps
604 DMP/21/NRQ du
17/11/2015 PPV: 35DH00

2505-3

6 118001 121311
SEVREDOL 10mg - 14 cps
604 DMP/21/NRQ du
17/11/2015 PPV: 35DH00

2505-3

6 118001 121311
SEVREDOL 10mg - 14 cps
604 DMP/21/NRQ du
17/11/2015 PPV: 35DH00

2505-3

-- LAPROPHAN --
PPV : 100DH80

-- LAPROPHAN --
PPV : 100DH80