

## 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 caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



## Déclaration de Maladie

M22- 0037094

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02598 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 159334  
 Nom & Prénom : Hajji Baba Fouad  
 Date de naissance : 01/07/1951  
 Adresse : 28 Rue Volney Granville 2 - Casag  
 Tél. : 0666731198 Total des frais engagés : 840,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Abdelkader ACHIA  
 Onco-Radiothérapie - Hôpital 2023  
 15, Allée du Persée Q. des Hôpitaux Casa  
 Tél: 0521 27 00 86 - 21 31 Fax: 0521 27 00 56  
 Service Facturation 2  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Berrada Badaoui Nougha Age:  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Néphrite du rein  
 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 : Casag Le : 04/05/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : 1/6

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VISA ET CACHET



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
03/11/2023	CS		G
03/11/2023	Medicament		84500

Cachet et signature du Médecin  
 attestant le paiement des Actes  
 Ryad Oncologia Clinic  
 15, Allée du Persée - INP 091 157 521  
 Tél: 0522 86 27 00/86 25 31 Fax: 0522 86 25 31  
 Service Facturation 2  
 Ryad Oncologia Clinic  
 15, Allée du Persée  
 Hôpital Extension Casablanca  
 Tél: 0522 86 27 00 Fax: 0522 86 25 31

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

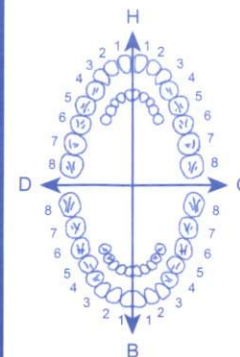
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D

00000000 00000000

35533411 11433553

G

B

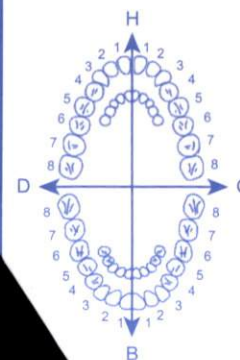
[Création, remont, adjonction]  
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Reçu de caisse

N° : 2305031108420050 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
230321162148IC-006	BERRADA BADAoui Nouzha£%%%	03/05/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	VISA 6245 BERRADA	840,00
PAYANT	Total payé	840,00
HUIT CENT QUARANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : AMINA

RYAD ONCOLOGIA CLINIC  
15, Allée du Commerce  
O. des Hôpitaux Extension Casablanca  
Tél: 0522 86 27 00 ou 0522 86 27 01



03/05/2023

Dr. Benoudo Badou  
Neyne

Dr. Jaziz

1 no / Scur / r a S

Dr Abdelkader ACHARKI  
Oncologue-Radiothérapeute  
INP 091157321  
Ryad Oncologia Clinic





F A C T U R E

N° : 6625 / 2023 du 04/05/2023

Nom patient **BERRADA BADAOUI Nouzha\***  
**PAYANT**

Entrée 03/05/2023

Sortie 03/05/2023

Désignation des prestations	Lettre Clé	Montant
PHARMACIE	1,00	840,00
		Sous-Total 840,00
Total Clinique		840,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	840,00
HUIT CENT QUARANTE DIRHAMS		

Compte bancaire : 007 780 0003518000000410 61 AWB



**Professeur A.ACHARKI**  
Onco-Radiothérapeute

**Docteur H. EL BOUSSAIRI**  
Onco-Radiothérapeute

**Docteur O. ALAMI**  
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - [www.oncologieriyad.com](http://www.oncologieriyad.com)

GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26

I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919

N°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (LG) / GSM:06619967 / Fax: 0522862556

TP: 37990430 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919/ ICE: 001741149000027

Nom patient BERRADA BADAOUI Nouzha

N° Facture :

6 625

2148IC-006

Produit	Quantité	Prix Unitaire€	Montant
NIVESTIM 30 MU/0.5 INJECTA (05)	1	840,00	840,00
Sous-Total médicaments			840,00
(*) Conditionnement hospitalier			
Total pharmacie			840,00

**RYAD ONCOLOGIA CLINIC**  
**Scie Facturation 2**  
15 Allée du Persée  
Q. des Hôpitaux Extension Casablanca  
Tél: 05 22 86 27 00 Fax: 05 22 86 25 56

**Professeur A.ACHARKI**  
Onco-Radiothérapeute

**Docteur H. EL BOUSSAIRI**  
Onco-Radiothérapeute

**Docteur O. ALAMI**  
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 -www.oncologieriyad.com

GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26

I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919