

# 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 : 7858

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAISSI EL ARBI

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse : LOT WAFI AM N° 272 # DEROURA

Tél. : 066816955

Total des frais engagés : 554,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENMESSAOUD Kenza  
Ghendi Oncology  
Oncologue - Radiothérapeute  
236, Bd. Ghendi, 1000 Ghendi  
Offices 2<sup>me</sup> Etage N° 7  
Tél : 0522 23 01 13

Date de consultation : 17/05/2013

Nom et prénom du malade : RAISSI EL ARBI Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ADK prostate

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 : DEROURA

Le : 24/05/2013

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
17/05/23	C			<i>(Signature)</i>
				<i>(Signature)</i>
				<i>(Signature)</i>
				<i>(Signature)</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL WAFAA 244 Ihsen El Wafa Deraa Fix 022.53.20.54</i>	17/05/23	554,50

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

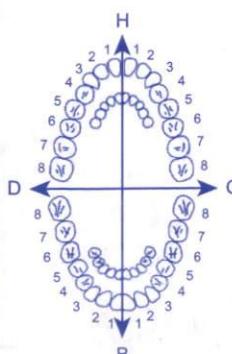
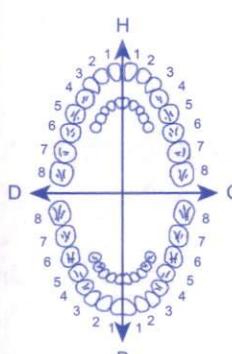
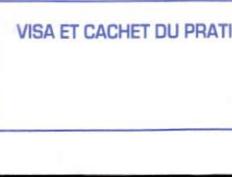
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaire, 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												
	<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Ghandi Oncology**  
Oncologie médicale - Radiothérapie

Docteur BENMESSAOUD Kenza

LOT : 5980  
PER : 12/25  
PPV : 144DH50

Traitements et prise en charge des cancers - Dépistage - Prévention par modulation d'intensité IMRT - Radiothérapie stéréotaxique - Hormonothérapie - Thérapie ciblée - Immunothérapie

17 mai 2023

PHARMACIE EL OUMOUMA  
244 Ioussouf Ben el wafa  
Dakkarine  
Fix : 0522.53.20.54

**Mr. RAISSI EL ARBI**

357.00

**1/ CHEMOSET 8 MG COMPRIME PELLICULE**

1CPX2/J SI NAUSEES/VOMISSEMENTS

**2/ EUZOL 20MG**

1CP/J, 1 Mois

**3/ IMODIUM 2 GELULE**

1GELX4/J SI DIARRHEES

**4/ DAKTARIN 2 % GEL BUCCAL**

1 APPLX3/J

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V : 53,00 DH

6 118001 180745

**SET®**

LOT:0106326  
EXP:09/24  
PPV:357DH00

Dr. BENMESSAOUD Kenza  
Ghandi Oncology  
Oncologue - Radiothérapeute  
136, Bd. Ghandi, Imm. Ghandi  
Offices 2<sup>ème</sup> Etage N°7  
Tél : 0522.23.01.12

