

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040320

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22523**

Matricule : **2344** Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : **BELOUADI Alderrahui**

Date de naissance : **19-3-1954**

Adresse : .....

Tél. : **0661063727** Total des frais engagés : **4,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR AIT EL HAJ Meryem**  
Ghandi Oncology  
Oncologue Médical  
236 Bd. Ghandi, Imm. Ghandi  
Offices 2ème Etage N° 7  
Tél. : 0522 23 01 13

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Neoplasie Rectum**

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 : ..... Le : **21/02/2020**

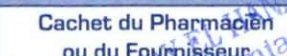
Signature de l'adhérent(e) : 



## 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
10/04/2020	G		400,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.02.20	507,30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

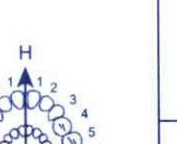
**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'OD

[illegible]

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<p>H</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p>B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<p>Coefficient des Travaux</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
	25533412	21433552									
	00000000	00000000									
	00000000	00000000									
35533411	11433553										
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>Montants des Soins</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									
		<p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									
		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Ghandi Oncology**

**Oncologie médicale - Radiothérapie**

**Docteur AIT EL HAJ Meryem**

**الدكتورة أيت الحاج مريم**

**Oncologue Médical**

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

17/02/20

N° Belouchi Abdelkhalil

323,00

x 1 - on set



Après 2/3 pdr 35.

15,70

+ 2 x  
16,80

Bain de bouche



2/3 bicar 12, %... + 1/3 > 0,9 %.

51,00

x 3 - Dextro



6 opp 1/1 Nos et pice





17.30

4 - clopr (S7)

**CLOPRAME®** 10 mg 40 comprimés sécables

PPV 17DH30 EXP 01/2022  
LOT 91013

10p < 3/11 si Noise

30.50

5 - Immodi (S7)

10p qpi chode sille liquid  
si diarrhee

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél

P.P.V.: 30DH50

LOT: 19E001V  
PER: 08/2024

6 118000 010845

53.00

2 Daklarin (S7)

10p < 3/11 si q nbs

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V.: 53,00 DH

6 118001 180745

\* 7 - Dantrolol ultra long

Elo  
1/2h si qpi

**Dr. AIT EL HAJ Meryem**  
Gbaudi Oncology  
Oncologie Médicale  
236, Bd. Elghandi, Im. Ch.  
Office: 236, Elghandi  
Tel: 06 22 94 67 49

**MAJIE HAY EL HANA**  
M. FIKRI Soumia  
7, Marche Elghandi, El Hana  
Casablanca - Tel: 06 22 94 67 49

507.30