

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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.

## ntaire :

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 caractére 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

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4681 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOUHIB Rehamal

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : El/45 lot 1402 AM4 DRRAF El tounsi

Tél. : 066362.1569 Total des frais engagés : 1052,68 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

DR M. BENNANI  
Anesthésiste-Réanimateur  
INP: 091025007

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/12/2020 Age:

Nom et prénom du malade : El Hafid Longchamp

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

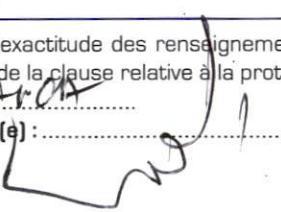
Nature de la maladie : El Hafid Longchamp

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : El Hafid Longchamp

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un caractère 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 : DRRAF El tounsi Le : 27/01/2021

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
24/11/2020	C.		300 DT	Dr. BENN Anesthésiste Réanimateur MP-10507
28/11/2020	F. 200 18842	du DDH : + 32,684	0,51	Dr. AL KINDY ENTIALEMENT AL KINDY

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	2-4, RUE M. Tél. 052 48 72 80 - Casablanca Montant de la Facture
		..... ..... ..... ..... .....

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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																			
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H		21433552		D		00000000		B		00000000				35533411 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		21433552																			
D		00000000																			
B		00000000																			
		35533411 11433553																			
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOOTHERAPIE METABOLIQUE  
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياصن - الإشعاعي النووي - العلاج الكمياني الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE



## F A C T U R E

090001405

N° de l'admission : 20012466      N° Facture : 20012842      Date facturation : 28/12/2020

Nom et prénom du patient : ZAHRA TAMIME

Convention : PAYANT

Traitements : perfusion      Entrée: 23/12/2020 Sortie: 23/12/2020

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
PERFUSION	1.00	550.00	550.00
		sous-total	<b>550.00</b>

PHARMACIE	nombre	prix unitaire	montant
Pharmacie			202.68
		sous-total	<b>202.68</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

Sept cent cinquante deux dirhams soixante huit centimes      total : **752.68**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire : 011 780 0000192100009974 65



RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE

CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIOTHÉRAPIE - CHIOTHÉRAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفيماض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE.....



090001405

28/12/2020

أخصائيين في العلاج بالأشعة

RADIO-ONCOLOGUES

الدكتور محمد المرشد

Docteur M. EL MORCHID

الدكتور عبد اللطيف بوبيه

Dr A. BOUIH

الدكتورة نوال بوبيه

Docteur N. BOUIH

الدكتورة مالحة آيت محمد بورحيم

Docteur M.AIT MOHAMED BOURHIM

الدكتور عبد العزيز ببلا

Docteur A. BAYLA

أخصائي في العلاج بالمواد الكيماوية

ONCOLOGUE MEDICAL

الدكتور سعيد تاشفون

Docteur S. TACHFINE

طبيب المستعجلات

MEDECIN URGENTISTE

الدكتور عبد الحليم بنعبد الله

Docteur A. BENABDALLAH

الفحص بالأشعة

MEDECIN RADIOLOGUE

الدكتورة زبيدة العمراني

Docteur Z. LAMRANI

## A MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Mon Cher Confrère,

Madame TAMIME ZAHRA est suivie au centre de traitement

AL-KINDY pour un carcinome mammaire métastatique.

A la date du 23/12/2020, la patiente a reçu un traitement médical

par perfusion de corticoïdes d'antibiotiques.

Restant à votre entière disposition pour tout renseignement

Complémentaire, Veuillez croire mon cher confrère, en l'expression

de mes sentiments les meilleurs.

Docteur :

Dr M. EL MORCHID  
 Anesthésiste-Réanimateur  
 ANP: 01025007

## DÉTAIL PHARMACIE CUMULÉ

N° Dossier : 20012466 Patient : TAMIME ZAHRA

Code article	Désignation article	Quantité	Montant HT
<b>CONSOMMABLE</b>			
CON00078	CHAMP STERIL	1	10.14
CON00079	LANCETS ( Boite de 200)	2	0.30
CON00114	GANTS STERILES 7.5	2	19.50
CON00156	PERFUSEURES EN Y	1	12.00
CON00209	ROBINET A 3 VOIES	1	5.00
CON00210	SERINGUES 10 CC	4	16.00
CON00223	SERUM SALE 0.9% 500 ML	1	15.00
CON00310	GANT NON STERILE BOITE DE 100	6	5.94
CON00395	AIGUILLE DE HUBERT 20 G (001)	1	65.00
<b>MEDICAMENT</b>			
MED00024	ANDOL 1g INJECTABLE*	1	18.80
MED00208	METHYLPREDNISOLONE 120mg* INJECTABLE	1	35.00
<b>Total:</b>			<b>202.68</b>

