

# 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.

## Médecine 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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

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

Nº M20- 0003617

Optique 59526  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4681 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOUHIB DAHMAN

Date de naissance : En 1952

Adresse : El/45 lot NHAZAMA Lissat Ext

Tél. 0663621569 Total des frais engagés : 2400 Dhs

Autorisation CNPD Nº : AA-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TAMIMI ZAHRA Age : 1951

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Géochirurgie Maroc

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 Ouarzazate

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/02/2021

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M20-03617

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4681  
 Nom de l'adhérent(e) MOUHIB DAHMAN  
 Total des frais engagés : 2400 Dhs  
 Date de dépôt : 11/02/2021

## **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/12/2020 08/02/2021	1200,00 1200,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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 l'OD.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

#### **Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

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

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

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

العلاج الإشعاعي المطور الموجي بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
 العلاج الإشعاعي الباطني والفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA, LE 11 DEC. 2020

الدكتور عبد الحليم بنعبد الله

**Docteur Abdelhalim BENABDALLAH**

طبيب المستعجلات

**MEDECIN URGENTISTE**

*Z ME = Tawine Zahra*

Extralum à Oxygène  
a domicile

3L / min. au continu.

*Dr BENABDALLAH A.  
 Urgentiste  
 CENTRE AL KINDY  
 24, rue Al Kindy . Tel. : 022.39.33.33  
 CASABLANCA*

**Facture N°:** 21FC005657

Date	Code Client
8. février 2021	CL01135

<b>Marché N°</b>	
<b>Condition de Paiement</b>	90 jours à partir de la date facture
<b>Mode de Paiement</b>	Paiement par cheque
<b>N° de Chèque</b>	
<b>N° CIN</b>	
<b>Contact Air Liquide</b>	-

**COMPTANT PATIENTS LOCAUX**

Mme TAMIME Zahra

E1/45 Lot. Khouzama Oulfa - Casablanca

Référence	Désignation	Unité	Point d'enlèvement	Quantité	Prix Unitaire	% Remise	Montant
<b>BL 21BL102546 08/02/21</b>							
00014123	LOCATION MENSUELLE CONCENTRATEUR D'OXYGENE FIXE	Unit		1	1 000,00		1 000,00
					<b>Total MAD HT</b>	<b>1 000,00</b>	
					TVA 20%	200,00	
					<b>Total MAD TTC</b>	<b>1 200,00</b>	

Arrêté la présente facture à la somme de :

**MILLE DEUX CENT DIRHAM****Détail montant TVA**

% TVA	Base TVA	Montant TVA
20	1 000,00	200,00
<b>Total</b>	<b>1 000,00</b>	<b>200,00</b>



Banque: BMCI CAS B - BMCI Casa "b" - Centre d'affaire Emile Zola

Banque: SGMB CAS A - SG Casa "a" - 55, Bd Abdelmoumen

IBAN: MA 013780010750011170011648 / SWIFT: BMCIMAMC

IBAN: MA 022780000140000502423974 / SWIFT: SGMB MAMC

**AIR LIQUIDE MAROC- S.A. AU CAPITAL DE 110.160.600 Dirhams**

Siège Social : Immeuble « Mvriam » Route de Tit Mellil, anale Autoroute de Casa -Rabat 21400 Casablanca - Tél : +212 (5) 22 762000  
 Fax : +212 (5) 22 754908 - C.N.S.S. 163.7331 - C.C.P. RABAT 594.49 - R.C. CASABLANCA 25.293 IDENTIFIANT FISCAL 01660273

N°PATENTE: 33007313 - ICE : 001538079000089 Société certifiée FSSC 22000

**Facture N°:** 20FC058804

Date	Code Client
28. décembre 2020	CL01135

Marché N°	
Condition de Paiement	90 jours à partir de la date facture
Mode de Paiement	Paiement par cheque
N° de Chèque	
N° CIN	
Contact Air Liquide	-

**COMPTANT PATIENTS LOCAUX**

Mme TAMIME Zahra  
E1/45 Lot. Khouzama Oulfa - Casablanca

Référence	Désignation	Unité	Point d'enlèvement	Quantité	Prix Unitaire	% Remise	Montant
<b>BL 20BL121247 16/12/20</b>							
00014123	LOCATION MENSUELLE CONCENTRATEUR D'OXYGENE FIXE	Unit		1	1 000,00	11,1111	888,89
00011384	CANULE NASALE O2 1,8M EMB. DROIT ADULTE	Unit	Départ	1	24,9975	11,1111	22,22
00011385	HUMIDIFICATEUR AQUAFLOW	Unit	Départ	1	100,00	124 11,1111	88,89
<b>Total MAD HT</b>							<b>1 000,00</b>
TVA 20%							200,00
<b>Total MAD TTC</b>							<b>1 200,00</b>

Arrêté la présente facture à la somme de :

**MILLE DEUX CENT DIRHAM**

**Détail montant TVA**

% TVA	Base TVA	Montant TVA
20	1 000,00	200,00
<b>Total</b>	<b>1 000,00</b>	<b>200,00</b>



Banque: BMCI CAS B - BMCI Casa "b" - Centre d'affaire Emile Zola

Banque: SGMB CAS A - SG Casa "a" - 55, Bd Abdelmoumen

IBAN: MA 013780010750011170021348 / SWIFT: BMCIMAMC

IBAN: MA 022780000140000502423974 / SWIFT: SGMB MAMC

**AIR LIQUIDE MAROC- S.A. AU CAPITAL DE 110.160.600 Dirhams**

Siège Social : Immeuble « Mvriam » Route de Tit Mellil. anale Autoroute de Casa -Rabat 21400 Casablanca - Tél : +212 (5) 22 762000  
Fax : +212 (5) 22 754908 - C.N.S.S. 163.7331 - C.C.P. RABAT 594.49 - R.C. CASABLANCA 25.293 IDENTIFIANT FISCAL 01660273

N°PATENTE: 33007313 - ICE : 001538079000089 Société certifiée FSSC 22000