

# 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.

## Prothèse 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° M20- 0003617

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres 59526

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4681 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MOUHIB Mohamed  
Date de naissance : en 1952  
Adresse : E1/45 Lot KHODAMA LIGASSA Ext. 1  
Tél. 0663621569 Total des frais engagés : 2400,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : TAMIME ZAKRA Age en 1951  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Carcinome Mammaire  
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 CASABLANCA Le : 11/02/2021  
Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° 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 Mohamed  
Total des frais engagés : 2400,00  
Date de dépôt : 11/02/2021



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/12/2020 08/02/2021	1209,00 1209,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

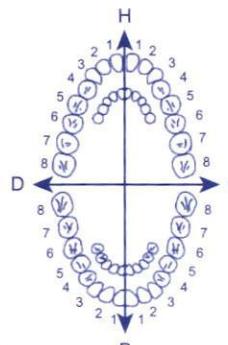
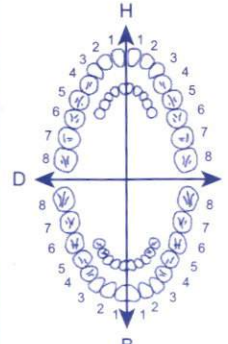
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

VOLET ADHERENT

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



مركز العلاج الكندي

CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

Oncologie & Diagnostic du Maroc

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

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

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

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

CASABLANCA, LE... 11 DEC. 2020

الدكتور عبد الحليم بنعبد الله

Docteur Abdelhalim BENABDALLAH

طبيب المستعجلات

MEDECIN URGENTISTE

Me Tawine Zahra

Extraction à Oxygene  
à domicile

30 min en continu

Dr BENABDALLAH A.  
Urgentiste  
CENTRE AL KINDY  
2-4, rue Al Kindy - Tél. : 022.39.39.33  
CASABLANCA

www.centreakindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centreakindy.ma | Patente : 35806396 | I.F : 01002283 | CNSS : 2026913 | ICE : 000 205 043 0000 17

المقر الرئيسي 2 و 4 ، زنقة يوسف الكندي ، شارع ابن سينا ، الدار البيضاء ، معاريف ، المغرب 30370 - Casablanca Maârif - Maroc

Accueil Général : +212 520 48 72 00 / 01

: +212 522 39 33 33

Fax : +212 522 39 37 34

Secrétariat Radiothérapie

: +212 520 48 72 02

Secrétariat Consultation Médicale

: +212 520 48 72 03

Service Prise en charge et Devis

: +212 520 48 72 04

Service Facturation : +212 520 48 72 07

Service Caisse : +212 520 48 72 09

Service Pharmacie : +212 520 48 72 20



**Facture N°:** 21FC005657

Date	Code Client
8. février 2021	CL01135

Marché N°	
Condition de Paiement	90 jours à partir de la date facture
Mode de Paiement	Païement 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
00014123	<b>BL 21BL102546 08/02/21</b> LOCATION MENSUELLE CONCENTRATEUR D'OXYGENE FIXE	Unit		1	1 000,000		1 000,00

**Total MAD HT** 1 000,00

TVA 20% 200,00

**Total MAD TTC** 1 200,00

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>

**AIR LIQUIDE MAROC**  
 Imme Myriam Autoroute Casa Rabat  
 et Route de Tit Mellil Ain Sebaâ 20400  
 CASABLANCA  
 Tél : 0522 76 20 00 Fax 0522 75 49 08  
 173

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, anle 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	1 000,00112	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	100,00124	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>

**AIR LIQUIDE MAROC**  
 Immi. Myriam, 100m Auto route Casa Rabat  
 et Route de l'Industrie, Ain Sebaâ 20400  
 173  
 Tél. 0522 46 20 00 Fax 0522 73 40 01

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 « Myriam » Route de Tit Mellil, angle 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