

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

## tions 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.

## phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## ique :

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

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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohammed 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](http://www.mupras.com)



25761

## Déclaration de Maladie : N° S19-0003720

### Maladie

### Dentaire

### Optique

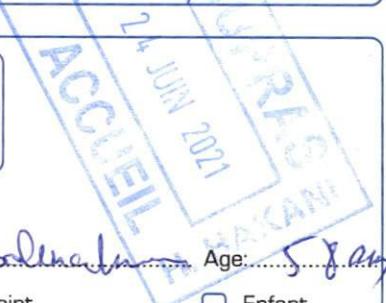
### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2273 Société : R.A.M  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : K. Belghiti A Date de naissance : 19/09/52  
Adresse :  
Tél. : 06 66 19 85 59 Total des frais engagés : 100 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/05/21

Nom et prénom du malade : Khaïf Belghiti Abdellah Age : 58 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Néoplasie du pancréas.

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.

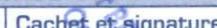
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CARA

Le : 21/05/21

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
21/03/2021	CS		0-	 Dr. Kounma radiothérapeute 091026427

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
119 lot 1 082233 5225 Adarissa 5161 Mag Casab	8 Mai 2021 MIA	100.00

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.																					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan																					
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
					Coefficient des travaux																
					Montants des soins																
					Début d'exécution																
					Fin d'exécution																
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
			<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000		00000000		35533411		11433553		
	H		G																		
	25533412	00000000	21433552	00000000																	
	00000000		00000000																		
	35533411		11433553																		
					Coefficient des travaux																
					Montants des soins																
					Date du devis																
					Date de l'exécution																

Ryad  
Oncologia Clinic



مصحة  
الرياض للأنكولوجيا

PEN  
Oncolog  
INP N° 09102642  
Pr. A. Acharki  
Onco-Radiothérapeute

Dr. O. Alami  
Onco-Radiothérapeute

Dr. H. El Boussairi  
Onco-Radiothérapeute

Pr. A. Benider  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

Pr. S. Sahraoui  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

Pr. N. Benchakroun  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

Pr. Z. Bouchbika  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

Dr. S. Mouafik  
Onco-Radiothérapeute

Dr. S. Hanniou  
Anesthésiste-Réanimateur

11/05/2021  
Khaaf Bel Ghali,  
Abderahman,

100,00

Nee mogna



Happy U

PS. log

Pr. BENCHAKROUN Nadia  
Onco-Radiothérapeute  
INP N° 09102642

صيدلية ابن قيمية  
PHARMACIE IBN QAIMIYA  
FOUSSI  
Doctor  
N° 119 Lot Al Adarissa Sidi Maârouf  
Tel 0522 33 52 25 Casablanca



PHARMACIE IBN TAIMIA  
LOT ALADARISSA N°119 SIDI MAAROUFCASA

PHD MICROBIOLOGIE  
DEUSt Dermopharmacie et Cosmetologie  
DEUS Pharmacie Clinique

R.C :337980 Patente:36102085  
T.V.A :77300610 C.N.S.S:2300771  
Banque:013780010710002170014148  
Tél :0522335225

Le 21/05/2021

FACTURE N°284276

N° ICE : 001683360000085

N° IF : 77300610

K BELGHITA A

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	NEUTROGENA CREME PIED GM	100,00	100,00	16,67	20,00

محل ابن تaimia  
PHARMACIE IBN TAIMIA  
FOULOIS  
Doctor en Pharmacie  
N° 119 Lot Al Adarissa Sidi Maârouf  
Tel 0522 38 82 25 Casablanca

TOTAL T.T.C :

100,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	100,00	Montant	16,67
--------------	---------------	-----------	----------------	--------	---------	-------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cent dirhams.