

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

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.

ducation :

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 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

N° M21- 067316

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1301

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MME MELEGAFI

Date de naissance : 30-06-59

Adresse :

Tél. : 0665 10 891

Total des frais engagés :

840 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

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
2011121	Hématologiste		840,00	Pr Abdellkader ACHOUR Onco-Radiothérapeute - INP Riyad Oncologia Clinic Allee du Persee, 10 Hôpitaux Casablanca 2556
				Jan 3

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

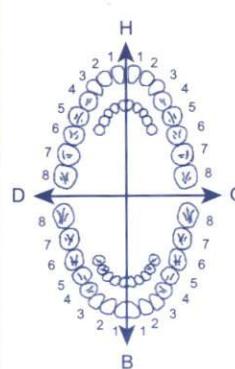
Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



F A C T U R E

N° : **13945 / 2021** du **04/11/2021**

Nom patient

NEBBATE NAJAT

Entrée **04/11/2021**

PAYANT

Sortie **04/11/2021**

Désignation des prestations	Lettre Clé	Montant
PHARMACIE	1,00	840,00
		<i>Sous-Total</i> 840,00
Total Clinique		840,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENT QUARANTE DIRHAMS

Total **840,00**

Compte bancaire : 007 780 0003518000000410 61 AWB

05/22/8622/5228.96
Exécution - Fax: 0522862288.96
15, Allée du Persée Casablanca
RCCF-PERSÉE 3
N°15 Rue Allée du Persée / Tel: 05228622700 (LG) GSM: 066198790430052286229787 - C.N.S.S : 8587919
ICE : 001741149000027 T.P : 05228622700 CNSS : 8587919/ ICE: 001741149000027

Professeur A.ACHARKI
Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 -www.oncologiyad.com

GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26

I.C.E : 001741149000027 T.P : 05228622700 CNSS : 8587919/ ICE: 001741149000027
N°15 Rue Allée du Persée / Tel: 05228622700 (LG) GSM: 066198790430052286229787 - C.N.S.S : 8587919
ICE : 001741149000027 T.P : 05228622700 CNSS : 8587919/ ICE: 001741149000027



Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ZARZIO 30MUI/0,5 INJECTA (05)	1	840,00	840,00
Sous-Total médicaments			840,00
Total pharmacie			840,00

15, Allée du Persée - Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
 Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 -www.oncologiyad.com
 GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26
 I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919

Professeur A.ACHARKI
 Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
 Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI
 Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca

Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 -www.oncologiyad.com

GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26

I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919



Mon Cher Confrère,

Je vous prie de bien vouloir trouver, ci-joint, les renseignements cliniques concernant :

Mr/Mme NEBBATE NAJAT

Indication de la pathologie : NEOPLASIE DU METASTASE

Produits injectés :

ZARZIO 30MUI/0,5 INJECTA (05)*1

Date :

Jour	Date
J1	04/11/2021

CASABLANCA LE 04/11/2021

Médecin Traitant

PR ACHARKI

Dr Abderrahmane ACHARKI
Onco-Radiothérapeute - N° 091157321
15, Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél: 0522 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 0522 86 25 56 - www.oncologiyad.com
GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26
I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919

Professeur A.ACHARKI
Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca

Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologiyad.com

GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26

I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2111041314550050 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
210802113843SU-005	NEBBATE NAJAT	04/11/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	VISA 8003 ELLE MEME	840,00
PAYANT	Total payé	840,00
HUIT CENT QUARANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : AMINA

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
Caisse
15, Allée du Persée
O des Hôpitaux 2700 Fax: 0522 862556