

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.

biologie 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 canaux, 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 canaux.

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 : 5301 Société : 90921

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. MEBARFI

Date de naissance : 30-06-59

Adresse :

Tél. : 066511891 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) :

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
04/11/21	Medicament	840,00		

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

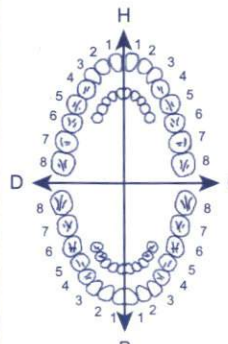
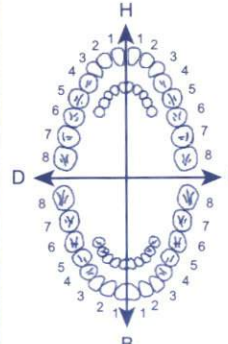
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaux, 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> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT



F A C T U R E

N° : 13945 / 2021 du 04/11/2021

Nom patient **NEBBATE NAJAT**
PAYANT

Entrée 04/11/2021

Sortie 04/11/2021

Désignation des prestations	Lettre Clé	Montant
PHARMACIE	1,00	840,00
		Sous-Total 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

15, Allée du Persée - Casablanca
Extension - Tél: 05 22 86 62 75 Fax: 05 22 86 25 56
N° 15 Allée du Persée - Casablanca
Tél: 05 22 86 27 00 (LG) / 86 25 31 - Fax: 05 22 86 25 56 - www.oncologieriad.com
GSM: 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26
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.oncologieriad.com

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

ICE: 001741149000027

N°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (L.G) / GSM: 0661996726 / 0662266666 / 0662790226 / 05229787 - C.N.S.S : 8587919

05229787 / CNSS: 8587919 / ICE: 001741149000027



Nom patient : NEBBATE NAJAT

N° Facture

13 945

2108021138438U-005

Produit	Quantité	Prix Unitaire	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.oncologieriad.com
SCP au Capital de 2.000.000 Dhs
Sce Facture N° 13 945

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.oncologieriad.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

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
SCP Extension 3
15, Allée du Persée Q. des Hôpitaux
Casablanca
Tél: 05 22 86 27 00 / 86 25 31 Fax: 05 22 86 25 56

Pr Abdelhak ALHAKKI
Onco-Radiothérapeute - Tél: 091157321
Ryad Oncologia Clinic
15, Allée du Persée Q. des Hôpitaux Casa
Tél: 05 22 86 27 00 / 86 25 31 Fax: 05 22 86 25 56

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.oncologieriad.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

RYAD ONCOLOGIA CLINIC

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 Extension Casablanca
Tél: 0522 86 25 56
Fax: 0522 86 25 56