

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## 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 :

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° P19-0035635

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 609 Société : A19760  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : NAFI NAÏMA  
Date de naissance : 18 10 2 / 1952  
Adresse : 22 Rue Rabia el adania 6ème étage apt n°2  
CASABLANCA LAGIRONDE  
Tél. : 06 60 25 08 58 Total des frais engagés : 586,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENABDALLAH A.  
Urgentiste  
INPE : 091268268  
CENTRE AL KINDY  
2-4 rue Al Kindy - Tél : 0522.39.33.33  
CASABLANCA

Date de consultation : 19 AVR 2022

Nom et prénom du malade : Nafi Naïma Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer péritonéal

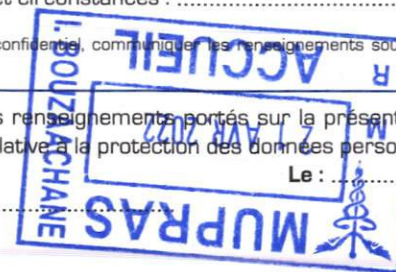
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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
19 AVR. 2022	5	1	2	Dr. REDA ALLAH A. Urgentiste INPE : 291268268 24 rue AL KINDY - Tél : 0522.39.33.33 CASABLANCA

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

586,20

# 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

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

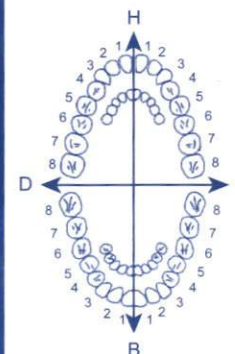
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# 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

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)  
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'EXECUTION

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 للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA: LE 19 AVR. 2022

الدكتور عبد الحليم بنعبد الله  
Docteur Abdelhalim BENABDALLAH

المستعجلات  
MEDECIN URGENTISTE

Mme, Mlle, Mr : *Najia Naima*

Prémédication Taxane ( Paclitaxel) à prendre pendant 03 jours, après validation du contrôle hématologique par le médecin  
(NFS + Plaquettes).

- 1 jours avant le traitement
- Le jour du traitement
- 1 jours après le traitement

Dr. Bachir Ibrahim  
Tél/Fax : 0522 31 32 61  
64, Rue Bachir Ibrahim  
CASA

*40.70*  
*x2*  
1/ Naureus 5 mg  
- 1 comprimé le soir

N°-2

*36.40*  
*x2*  
2/ Kopred 20 mg  
- 1 comprimé le matin et 1 comprimé à 16h00

N°-2

*216.00*  
*x2*  
3/ Euzol 40  
- 1 gélule le matin à jeun

N°-2

*1586,20*

Dr. BENABDALLAH A.  
Urgentiste  
INPE : 091268268  
CENTRE AL KINDY  
2-4 rue Al Kindy - Tél : 0522 30 22 22

LOT : 5747

UT. AV : 12-24

P.P.V : 40 DH 70

LOT : 5747

UT. AV : 12-24

P.P.V : 40 DH 70

Naureus® 5 mg

Boîte de 15 comprimés  
pelliculés



6 118000 095682

Naureus® 5 mg

Boîte de 15 comprimés  
culés



18000 095682

LOT : 7261

UT. AV : 02-25

P.P.V : 216 DH 00

LOT : 5426

UT. AV : 12-24

P.P.V : 216 DH 00

Euzol® 40mg

28 Gélules



6 118000 095309

Euzol® 40mg

28 Gélules



6 118000 095309

LOT : 5115

UT. AV : 11-24

P.P.V : 36 DH 40

LOT : 5188

UT. AV : 02-25

P.P.V : 36 DH 40

Kopred® 20 mg

Boîte de 20 comprimés



6 118000 094586

Kopred® 20 mg

Boîte de 20 comprimés



6 118000 094586



- Le fluide est visqueux

Ceci amène à limiter à une valeur maximum la vitesse d'écoulement du fluide dans les tuyauteries du circuit hydraulique

**Pharmacie MOULAY**

*Dr. FARTSI Abdelilah*



**صيدلية مولاي**

د. فارطسي عبد الإله

19/04/2022

NAJI NAIMA

Facture Nr 90/2022

Quantité	Désignation	Prix	Total
2	NAUREUS 5MG	40.70	81.40
2	KOPRED 20	36.40	72.80
2	EUZOL 40	216.00	216.00

**Total 586.20**

Arrêté la présente facture à la somme de:

**CINQ CENT QUATRE VINET SIX DHS ET 20 CTS**

