

## 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.

### **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**

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-676161

119909

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <b>7085</b>	Société : <b>RAM</b>	<input type="checkbox"/> Autres :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Date de naissance : <b>08/05/1964</b>
Nom & Prénom : <b>LOTFI FOUIZA</b>		
Adresse : <b>211 A Résidence ABS ET TARGA</b>		
Tél. : <b>6612143301</b>	Total des frais engagés :	
Dhs		

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :	<b>Dr. Najib BOURAS</b> Professeur en Oncologie Chimiothérapie - Radiothérapie Tél : 05 24 42 13 13 INPE : 001116019		
Date de consultation :	<b>23/03/22</b>		
Nom et prénom du malade :	<b>LOTFI FOUIZA</b>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Cancer du sein</b>		
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 : **MRK**

Signature de l'adhérent(e) : **1**

Le : **23/03/2022**

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. SIDI MOHAMED	23/03/22	2058,00
Lot Massoudi Targa - Marrakech		
Tél : 05 25 08 56 59		

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

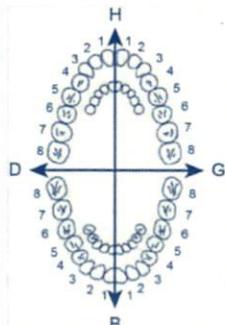
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

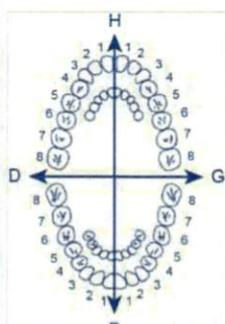
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



## **DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

	H	
	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr. Najib BOURAS

Spécialiste en Oncologie - Radiothérapie

Lauréat des Facultés de Médecine de Casablanca et Bordeaux

Ex-enseignant aux Facultés de Médecine

de Casablanca et Marrakech

Ex-vice doyen à la Faculté de Médecine de Marrakech

INPE : 091146019

Marrakech, le : 23/03/2022 مراكش، في:

الدكتور نجيب بوراس

اختصاصي في الانكولوجيا والعلاج بالأشعة

خريج كلية الطب الدار البيضاء وبوردو

أستاذ بكلية الطب الدار البيضاء ومراكش سابقا

نائب عميد كلية الطب بمراكش سابقا



091146019

mme LOTFI Fouzia

1110,00

1474,00 x 2

\* Detrozole 2,5 mg cp N°6

SV

2058,00 1cp le soin

QSP = 6 mois

Clinique Spécialisée MENARA  
Oncologie Médicale, Radiothérapie Radiobiologie  
Tél : 0524 422 671 / N.P : 40434664 - I.F : 40434664 - T.P : 45326432  
Al-Bek Quartier de l'Hôpital - 19, Guéliz - Marrakech - Maroc - 40000  
Tél : 0524 422 678 - N.P : 40434664 - I.F : 40434664 - T.P : 45326432

Dr. Najib BOURAS  
Professeur en Oncologie  
Chimiothérapie - Radiothérapie  
Tél : 05 24 44 42 13 00  
Intra : 05 24 44 42 13 00

PHARMACIE OUHOUD  
Dr. S. Hammoud Targa - Marrakech  
294, Lot Massihoud  
Tél : 05 25 08 56 59

**GT® 2,5 mg**

Voie orale  
30 comprimés pelliculés

Lot: 92169  
Per: 04/2025  
PH: 474 DH 00

Létrazole GT® 2,5 mg  
30 comprimés



6118000420040

Lot: 92169  
Per: 04/2025  
PH: 474 DH 00

Létrazole GT® 2,5 mg  
30 comprimés



6118000420040

GROUP

Voie orale  
**60** comprimés pelliculés

Lot: 92321  
Per: 07/2025  
PPV: 1110 DH 00

GROUP