

# 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 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- 0013514

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 609 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : NASSI NAIMA  
Date de naissance : 18/08/1958  
Adresse : 22 Rue Rabiaa el adania apt n°7  
Lagrande CASABLANCA  
Tél. 06 60 15 08 62 Total des frais engagés : 1186,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. BENABDALLAH A.  
Urgentiste  
INPE : 091268268  
CENTRE AL KINDY  
2-4 rue Al Kindy - Tél : 0522.39.23.33  
CASABLANCA  
Cachet du médecin :  
Date de consultation : 15/10/2023  
Nom et prénom du malade : NASSI NAIMA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Concubine pénitentiaire  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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
19/10/2023	G	G		Dr. BENABDALLAH A. INP U. 98/181ste CENTRE AL KINDY - TEL: 05 22 68 26 68 24 rue AL KINDY - TEL: 05 22 39 33 33 CASABLANCA

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL YOUSR sarl au Riad MAAMERI 32, Bd La Gironde - Casablanca Tél: 05 22 44 69 55	19/10/2023	1186,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

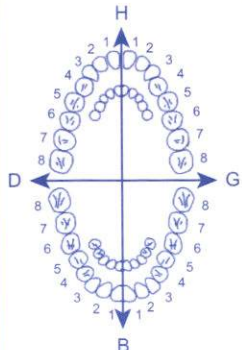
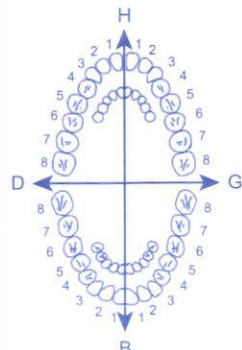
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 de l'OC

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  35533411  <b>G</b> </div> </div> <b>B</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS	
				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) - CHIMIOOTHERAPIE - CHIMIOOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION


العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكران - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA, LE.....12 OCT 2023

Total: 1186,10

الدكتور عبد الحليم بنعبد الله  
Docteur Abdelhalim BENABDALLAH

طبيب المستعجلات  
MEDECIN URGENTISTE

 Naji Naïma

$289,00 \times 4 = 1152,00$

- Habor 7000



APRES AVIS  
DU MEDECIN

- Avaricou 1mg 57L /j x 7j  
19,60  
ou Hemofast ed

1 = 11 3 x 5 14,10



APRES AVIS  
DU MEDECIN

- Titanorene 14,10  
ou Hemofast sy

PHARMACIE EL YOUSSEF  
Riad MAAMERI  
32, Bd La Gironde Casablanca  
Tél : 05 22 44 69 55



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

www.centreakindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centreakindy.ma | Patente : 35806396 | I.F. : 01002283 | CNS : 2026013 | ICE : 000 205 043 0000 17

المقر الرئيسي 2 و 4، رقعة يوسف الكندي، شارع ابن سينا، الدار البيضاء معاريف، المغرب 20370 Casablanca Maârif - Maroc  
Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370

Accueil Général : +212 520 48 72 00 / 01  
: +212 522 39 33 33  
Fax : +212 522 39 37 34

Secrétariat Radiothérapie : +212 520 48 72 02  
Secrétariat Consultation Médicale : +212 520 48 72 03  
Service Prise en charge et Devis : +212 520 48 72 04

Service Facturation : +212 520 48 72 07  
Service Caisse : +212 520 48 72 09  
Service Pharmacie : +212 520 48 72 20



# Pharmacie EL YOUSR - Casablanca

Maameri RIAD  
05 22 44 69 55  
32 Boulevard la gironde, Casablanca



Facture N° 20231019-283

Date de vente : 19/10/2023  
Médecin traitant :

Mme NAJI NAIMA  
CASABLANCA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
HIBOR IN 7500UI B2 INJECTABLES	4	288,00	Exonéré (0.00%)	1 152,00
HEMOFAST POMMADE 10G	1	19,60	TVA (7.00%)	19,60
HEMOFAST SU B6 SUPPO	1	14,50	TVA (7.00%)	14,50

Total HT	1 183,87 DHS
TVA	2,23 DHS
<b>Total</b>	<b>1 186,10 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : mille cent quatre-vingt-six  
DHS et dix centimes

LOTN°: 22402A  
EXP: 05 2024  
P.P.V: 288,00 DH

**Hemofast**  
Pommade

LOTN°: 22402A  
EXP: 05 2024  
P.P.V: 288,00 DH

PHARMACIE EL YOUSR sarl au  
Riad MAAMERI  
32, Bd La Gironde - Casablanca  
Tél: 05 22 44 69 55

LOTN°: 22402A  
EXP: 05 2024  
P.P.V: 288,00 DH

LOTN°: 22402A  
EXP: 05 2024  
P.P.V: 288,00 DH

ICE : 003297198000023 INPE: 092026251  
Tel : 05 22 44 69 55  
Adresse : 32 Boulevard la gironde, Casablanca