

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Sons 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.

## Education :

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.

## Assurance :

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

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5165

Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom &amp; Prénom : EL JAOUIHARI Mohamed

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : Sidi Othman Bloc 44 N°58 Casablanca

Tél. : 06 75 40 73 96

Total des frais engagés : 515,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Professeur Abdelkader ACHARKI**Oncologie - Radiothérapie  
Centre d'Oncologie Ryad  
41, Rue Lahcen El Arjouna  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél: 0522 86 27 00 Fax: 0522 85 25 56Cachet du médecin : 

Date de consultation : 05/09/2019

Nom et prénom du malade : BAKHOUCH Fatima

Age : 54 ans

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :



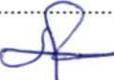
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

06 SEP. 2019

ACCUEIL

Fait à : Le : 06/09/2019

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
5/9/14 S			6	Professeur Abdellatif Ryad Oncologie - Rayon Centre d'Oncologie Ryad 41, Rue Lahcen El Arjane Quartier des Hôpitaux - Casablanca 0522 86 27 00 Fax: 0522 86 25 56

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/8/2019	5 15.30

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 bil

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
				MONTANTS DES SOINS																			
				DEBUT D'EXECUTION																			
				FIN D'EXECUTION																			
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H	25533412	21433552																			
			00000000	00000000																			
		D	00000000	00000000																			
			35533411	11433553																			
		B																					
G																							
<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																			

# Oncologie



# Radiothérapie

05/01/19

Pr. A. ACHARKI

Dr. O. ALAMI

Dr. H. EL BOUSSAIRI

Pr. A. BENIDER

Pr. S. SAHRAOUI

Pr. N. BENCHAKROUNE

Pr. Z. BOUCHBIKA

Dr. D. ALAMI HASSANI

Dr. H. MAZDAR

54.10.22 Oncologie Professeur Abdellakar ACHARKI  
1 - Diabète mg (260g)  
55.00.03 Amiante mg Chirurgie (260g)  
2 - Acétyl BP (260g)  
56.68.02 Diabète mg (260g)  
3 - 10.10.22 Ius 1 J  
4 - Pansement H3C  
53.20 19 juillet 2020  
5 - Examens 302  
31.60  
6 - Pansement Cre  
2 apr le  
7 - Osmose 3400  
15.30 Ius 1 Professeur Abdellakar ACHARKI  
Oncologie - Radiothérapie  
Centre d'Oncoologie et d'Radiothérapie  
41, Rue Lahlou El Arjaine  
Casablanca  
Tél: 0522 86 25 56  
Fax: 0522 86 25 56

41, Rue Lahcen El Arjoune - Casablanca - Maroc . ( en face de l'hôpital 20 Août)  
Tél. : 05 22 86 27 00 - Fax : 05 22 86 25 56 - GSM : 06 61 99 67 26

LOT 0134  
PER 10 19  
PPV 54.10 DH

LOT 0170  
PER 11 21  
PPV 54.10 DH

PPV: 55,00 DH  
LOT: 607856  
PER: 08/20

PPV: 55,00 DH  
LOT: 607856  
PER: 08/20

PPV: 55,00 DH  
LOT: 614179  
PER: 11/20



611 800115 013 7  
DIPROSTENE 1 Seringue  
P.P.V. : 56,60 DH  
AMM 235DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura



611 800115 013 7  
DIPROSTENE 1 Seringue  
P.P.V. : 56,60 DH  
AMM 235DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

P.P.V. : 10,10 DH  
متناول الأطفال

PPV  
34DH00

3A,60 ↴

→ 53,20