

# 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.

## 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.

## Dentaire :

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- 056967

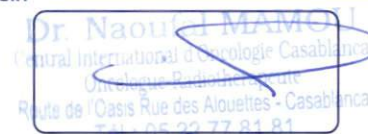
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04690 Société : 26244  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LABBAKI Khalid  
Date de naissance : 13.03.1958  
Adresse : N°4 AV ORAN RUE ADIS ABABA ZOHOR 1 FES  
Tél : 0656 46 30 36 Total des frais engagés : 3846,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/10/2020  
Nom et prénom du malade : LABBAKI KHALID Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Prostate  
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 : CASABLANCA


Signature de l'adhérent(e) :

05 NOV. 2020


ACCUEIL



# 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
27/10/20	C3		300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/10/20	3546,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

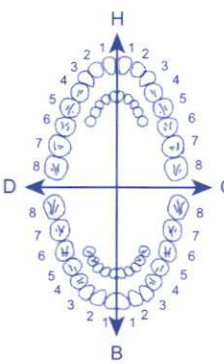
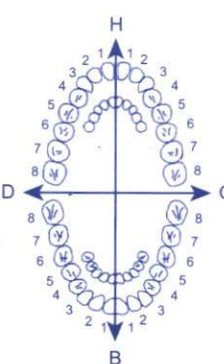
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              00000000              35533411              B           </div> <div style="text-align: center;">             G              00000000              11433553           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	[Création, remont, adjonction] 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

Casablanca, le :

## Reçu de caisse N° : 14840

superviseur

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
200826112848B O	LABBAKI KHALID	27/10/2020

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	1er consultation	300,00
Reçu établi par :	<b>Total payé</b>	<b>300,00</b>

Dr. Naoufal MAMOU  
Central International d'Oncologie Casablanca  
Oncologue-Radiothérapeute  
Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca  
Tél : 05 22 77 81 81

4, route de l'Oasis rue des Alouettes  
Casablanca  
Tél. : 0522 77 81 81  
Fax : 0522 99 65 74  
E-mail : naoufal.mamou@gmail.com  
Site web : www.ciocasablanca.ma

**ah AKDITAL**  
Acteur de Santé

Casablanca, le : 27/10/2020

Mr. LABBAKI KHALID

3546,00

DECAPEPETYL LP 11.25

1 injection tous les 3 mois pour 1 an



PHARMACIE  
RIAD SIDI MOUMEN  
Imm. 3 Réed. Riad Sidi Moumen  
Tél.: 05 22 7000 33 - Casa

Dr. Naoufal Mamou  
Centre International d'Oncologie Casablanca  
Oncologue-Radiothérapeute  
Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca  
Tél.: 05 22 77 81 81

PHARMACIE  
RIAD SIDI MOUMEN  
Imm. 3 Réed. Riad Sidi Moumen  
Tél.: 05 22 7000 33 - Casa





## FACTURE

**Pharmacie Ryad Sidi Moumen**

**Adresse:** Complexe Ryad Sidi Moumen GH 12 Immeuble 3 N°3, Sidi Moumen, Casablanca

**Téléphone:** 0522700033

**RC:** 379197

**Patente:** 33091675

**IF:** 20790986

**Facture N°:**

325

**En date du:**

**Adressée a :**

**Monsieur:**

Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Prix total
Décapeptyl L.P. 11,25mg	01	3546,00	3546,00
<p>PHARMACIE RIAD SIDI MOUMEN Imm. 3 Résd. Riad Sidi Moumen Tél.: 05 22 70 00 33 - Casa INPE: 092086941</p>			

ICE: 001931890000041

PHARMACIE  
RIAD SIDI MOUMEN  
Imm. 3 Résd. Riad Sidi Moumen  
Tél.: 05 22 70 00 33 - Casa  
INPE: 092086941

**Total:**

3546,00

trois mille cinq-cents quarante six



**Soyez prudent**  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

**LEVEL 1**

**Be careful**

Do not drive without  
having read the leaflet

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I, uniquement sur ordonnance  
Respect the prescribed dose - List I, only on prescription

**LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION**  
**READ CAREFULLY THE PACKAGE LEAFLET BEFORE INJECTION**

**CE** 0459

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Decapeptyl Ip 11.25mg Iyo b1  
**P.P.V : 3546,00 DH**



**TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS**  
**KEEP OUT OF THE REACH AND SIGHT OF CHILDREN**

**LOT : T07591**

**EXP : 12 2022**

Médicament autorisé N° / Authorized medicine Nr 34009 341 256 5 2

Un examen médical est nécessaire avant et périodiquement en cours de traitement.  
A medical visit is necessary before and at regular intervals during treatment.