

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 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

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

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

M22- 0008308

139720

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6218 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENTAHIA HAKIM

Date de naissance : 20/01/61

Adresse : 25 RES ENNAJO Apt 265 AV STENDHAL

Tél. : 0661181663 Total des frais engagés : 159,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/10/2022

Nom et prénom du malade : BENTAHIA HAKIM Age : 61

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

Nature de la maladie : Affection Cardio Vx + Tumeur Osseuse

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent (e) : [Signature]


Le : 01/10/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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
01/10/22	G	C1	200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/10/22	559.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/10/2022	Echographie maxillaire	4000 Dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

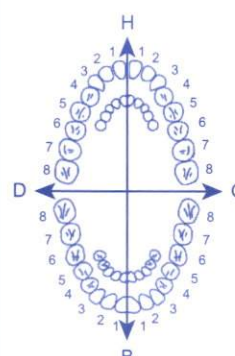
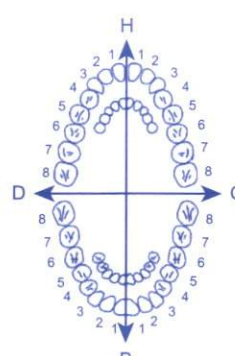
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 01.10.2022

M. Bentahila Hakim

mass axillari DT ~ 1 an unif
ADD?

⇒ faire HP échographi
Axillari

cytome
de mail



[Handwritten signature]

Casablanca, le 03 Octobre 2022

DR. ESSAKALI BENNOUNA ASMAA

MR. BENTAHILA HAKIM

COMPTE RENDU

ÉCHOGRAPHIE AXILLAIRE DROITE

Indication :

Patient de 61 ans, antécédent d'une masse axillaire droite. Adénopathie ?

Résultat :

- Le balayage échographique de l'aire axillaire droite montre la présence d'une formation ganglionnaire à sinus homogène, de forme ovalaire, mesurant (12 × 8,5 mm), sans aucune atténuation des échos,
- Il s'y associe de petit ganglion axillaire à cortex aminci de 0,9 mm et d'épaisseur de 4,8 mm.
- L'examen du creux axillaire gauche ne révèle pas de ganglion identifiable.

Au total :

- Adénopathie de la région axillaire droite mesurant (12 × 8,5 mm), d'aspect non évolutif.
- Une cytoponction peut être proposée pour préciser sa nature.

DR. A. BELHAJ SOULAMI

Dr. Belhaj Soulami Abdelilah
Médecin Radiologue

M U P R A S

N° Admission : 22009876 N° Facture : 22009618 Date facturation: 03/10/2022

Nom et prénom du patient : Mr BENTAHILA HAKIM

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO AXILLAIRE	1.00	400.00	400.00
		Sous-Total	400.00 DH
arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	: 400.00DH
Quatre cents dirhams			
Adhérent :		Part organisme :	0.00 DH
Mle :		Part patient :	400.00 DH
PC N° :			



www.anoual.ma | E-mail : contact@anoual.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | ☎ 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 29 00

☎ 06 63 57 42 60 📠 06 63 57 42 60

TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921



Casablanca, le 01.10.22

Dr. Bentahila HAKIN

54.00

Duspatalin



DUSPATALIN 200MG
GELU 820
P.P.V: 54DH00
LOT: 21E005
PER: 11/2023
6 118006 010531

98.80

1 Gel x 2/1
Neofortan 160

NEOFORTAN 160 mg
PPV: 93DH80
EXP: 04/2025
LOT: 23022 4

79.90

1 cp x 2/1

LOT: 220354
PER: 05/2027
PPC: 79,90DH

KALMAGAS®

82.10

Kalmagaz

1 Gel x 2/1

Inexium 20mg



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou el aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpe GR
Boite 14
640HSDMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

245.00

1 cp x 2/1

Alflonex: 1 prise/1/

559.80