

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

- 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- N° 001492/1752

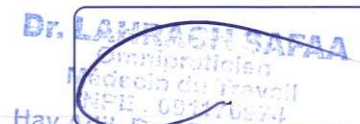
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1752 Société : ND
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MEANNANI Ahmed
 Date de naissance : 01-01-1951
 Adresse : 5 IMP. SEHAY DAKHLA H.M.
 Tél : 06 22 62 95 72 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/03/2023
 Nom et prénom du malade : Lariss Mam a Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : altér. du sens
 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) :

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
16/03/2023		CS	150.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/03/23	4.166.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16.03.23	Echographie	400.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

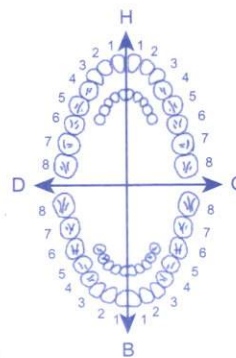
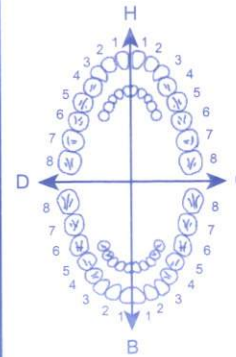
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>	
	(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

16/03/2023

Nom / Prénom : Adeline Namy Age:

→ Kimbal Manst

Sh. 10 + 2 a10
+ Mydoflex 15 mg

133.60

+ Dignanti 600g

416.60

PHARMACIE AL KHOUDRA
Ahmed EL DRISI
Docteur en Pharmacie
Ed. Oulba Amara - Hay Mohammadi
Cosaïbia - Tel: 05 22 62 43 43
Vendredi

no pdt mes

13,60

PPC : 35DH
LOT : KP10
EXP : 06/25



Two white evidence tags are shown. The top tag contains the following handwritten information: GTIN: 0611800, LOT: 4018, MFG: 06 2022, EXP: 06 2025, and PPV: 940hs00. The bottom tag contains: GTIN: 06118001260850, LOT: 4018, MFG: 06 2022, EXP: 06 2025, and PPV: 940hs00.

A photograph showing a close-up of a white evidence marker labeled "6". Next to it is a small white card with handwritten details:

- GTIN: 0611001260850
- LOT: 4018
- MFG: 06/2022
- EXP.: 06/2025
- PPV: 940hs00

The background shows blue ink markings on a surface, including "Dr. J. H. ...", "falsified", and "SAFAA".

Ordonnance

16/03/2023

Nom / Prénom :

Laajij Mouna

Age:

+ Echomamographie le 8 novembre 2023
présente une nodules sein GH
B1a+b3

pour de réaliser me

 **RADIOLOGIE ANOUAL 111**
Omnipraticien & Radiologue du Maroc
ICE: 00161400800058
111, Bd Anoual
Tél: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 00

Dr. LAHRACH SAFAA
Omnipraticien
Médicinal
INF: 001176074
Hay Adh, Rue 26 N°14 BOO
Hay Mohammadi - Casablanca

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
 Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatima DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

N° Admission : 23002602 N° Facture : 23002551 Date facturation : 20/03/2023

Nom et prénom du patient : **Mme LAAZIZI EP MENNANI NAIMA**

PRESTATIONS

Nombre

Prix unitaire

Montant

ECHO MAMMAIRE

1.00

400.00

400.00

Sous-Total

400.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams

Total : 400.00DH

Adhérent : MR MENNANI AHMED

Part organisme : 0.00 DH

Mle : 0001752

Part patient : 400.00 DH

PC N° :


RADIOLOGIE ANOUAL 111
 Oncologie & Diagnostic du Maroc
 ICE : 001614006000058
 111, Bd Anoual
 Tél: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60

Casablanca, le 17 Mars 2023

DR LAHRACH SAFAA

MME. LAAZIZI EP MENNANI NAIMA

COMPTE RENDU

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

Sein gauche :

- On retrouve la formation tissulaire hypoéchogène, bien limitée, évoquant une origine bénigne, à priori un fibroadénome qui siège à l'union des quadrants externes du sein gauche à 5cm du mamelon et qui mesure 8 x 5mm.

Sein droit :

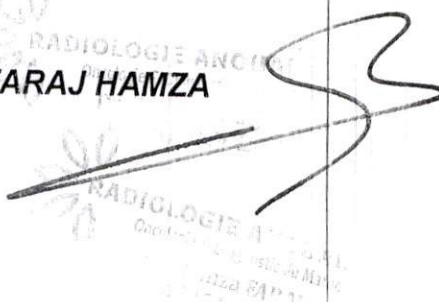
- Petit kyste infracentimétrique simple en sus aréolaire qui mesure 4mm.
- Il n'y a pas d'autre lésion kystique ou tissulaire identifiable par ailleurs.
- Les deux creux axillaires sont libres.

Conclusion :

Aspect stable de la formation tissulaire à l'union des quadrants externes du sein gauche, siégeant à 5cm du mamelon, évoquant un fibroadénome. Dans le cadre de BIRADS 3 un contrôle échographique est à prévoir dans 6 mois.

 **RADIOLOGIE ANOUAL**
Oncologie & Diagnostic du Maroc
ICE: 001614006000058
111, Bd Anoual
Tél: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60

DR FARAJ HAMZA


RADIOLOGIE ANOUAL
Oncologie & Diagnostic du Maroc
111, Bd Anoual
Tél: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60