

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 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'Herriage Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# Déclaration de Maladie

N° W19-411300

N° W19-411300

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9136

## Optique

Société :

## Actif

## Pensionné(e)

## Autre :

Nom & Prénom : NADIA BAHAR

Date de naissance : 08/07/70

Adresse : 02 Rue IMAM EL BOUKHAR,

Tél. : 0642219869

Total des frais engagés :



## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 31/12/2019

## VOLET ADHERENT

### Déclaration de maladie

N° W19-411300

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### 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
21/12/19	Voir Soins		2200	Dr AIFI BOUSSAIDI INP : 1111111111 CHIRURGIEN GÉNÉRALISTE CANCEROPATOLOGIE ONCOLOGIQUE ET MAMMAIRE Gr Centre Universitaire Ibn Rochd - Casablanca Secteur de la Santé - Casablanca 20130 Téléphone : 02 99 65 74
21/12/19	ex			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr AIFI BOUSSAIDI</i>	21/12/19	132.90

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

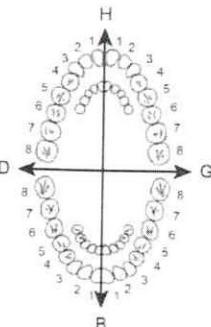
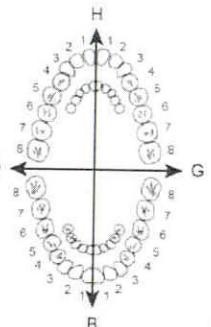
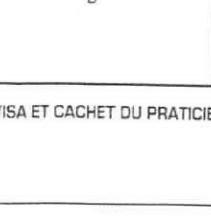
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1111111111
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000	G	
B	35533411	11433553		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



CENTRE  
INTERNATIONAL  
D'ONCOLOGIE  
CASABLANCA

Casablanca, le : 21.12.18

Nom & Prénom : BACHAAL NADIA

110.50

- SEPCEN 250mg Cp



1cp x 2/j Per Os Pdt 05 jours

22.20

- CODOLIPRANE Cp



1cp x 3/j Per Os Pdt 05 jours

132.20

**Dr Adnane AFIFI**  
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE  
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE  
8, rue Ibnou Yaâla El Ifrani  
CASABLANCA - (Quartier Racine)  
Tél. : 05 22 364 354 - Fax : 0522 364 355

*Changement du pansement tous les 02 jours sauf Dimanche*

4, route de l'Oasis rue des Alouettes  
Casablanca  
Tél. : 0522 77 81 81  
Fax : 0522 99 65 74  
E-mail : info@ciocasablanca.ma

**ah**  
AKDITAL

**LOT : 05619002  
PER : 02-2022  
PPV : 110,50 DH**

**IBERMA**



# **SEPCEN 250 mg**

**CIPROFLOXACINE**

**SEPCEN 250 mg**

**10 Comprimés**



**6**



**118000 230175**

# Cocodolippira

PARACETAMOL ET CODEINE

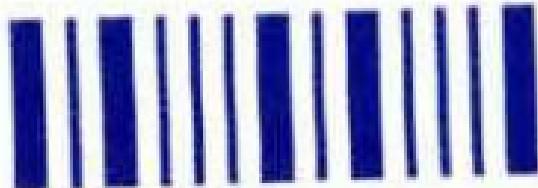


bottu srl  
02, Nizza des Cesunnes - Aln Sesbia - Cavalessa  
S. Borchouchi - Pharmacie Responsable



22/20  
PPV: 22DH20

PER: 06/21  
LOT: I1518





CENTRE  
INTERNATIONAL

D'ONCOLOGIE  
CASABLANCA

Dr Naoufal Mamou  
Oncologue-Radiothérapeute  
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le :

21/12/2019

Mme Bahhar Nadeâ

Ablation de la CIP

Dr. AF(E) Bahane  
CHIRURGIEN GYNECOLOGIQUE  
GYNEROLOGIE GYNECOLOGIQUE  
ET MAMMARE  
S. Rue Ibtou Nada El Mani - Casablanca  
Tel : 052 254 354 Fax : 0522 366 113

Centre International  
d'Oncologie Casablanca  
Dr. Naoufal MAMOU  
Oncologue - Radiothérapeute  
A. Route de l'Oasis Rue des Alouettes Casa  
tel : 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 : info@ciocasablanca.ma

ah  
AKDITAL

# CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 21-12-2019

## Facture N° 11321/19

**A. Identification**

N° Dossier : 19L21074130

N° Identifiant : 000551

**Nom & Prénom : Mme BAHHAR NADIA**

C.I.N : 1111

Adresse : 33 RUE IBN HABIB MAARIF

**C. Débiteur**

page 1/1

**Organisme : Payant**

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 21-12-2019

Date Sortie : 21-12-2019

**B. Assuré**

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : BAHHAR NADIA

Médecin traitant : DR . AFIFI ADNANE

Traitement : ABLATION DE CHAMBRE IMPLANTABLE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>INTERVENTION</b>						
1	ABLATION DE CHAMBRE IMPLANTABLE		2 200,00			2 200,00
						Total Rubrique : 2 200,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
						0,00

Arrêté la présente facture à la somme de : DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Total Organisme en lettres : ZERO DIRHAMS

TOTAL GENERAL

2 200,00

Cachet et Signature