

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-524868

56509

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2305 Société : R.A.M.S.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NOURAZIZ Maïma

Date de naissance : 16-6-52

Adresse : Habituelle

Tél : 06 60365454 Total des frais engagés : 1074, 1014

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : NEOPLASIE MALIGNES

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : COY



# 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
25/10/20				INP :
18/11/20				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
18/11/20		119,10
27/11/20		55,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

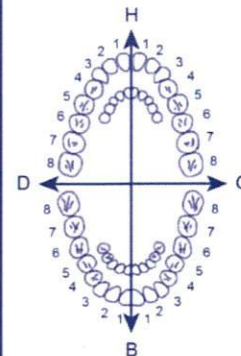
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
27/11/20		Mammographie	400,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

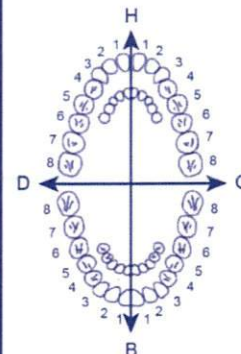
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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'EXE

Casablanca, le : 28/10/2020

**Mme NOURAZIZ NAIMA**

**AMOXIL 1 GR 24 CPS DISP**

1 g trois fois par jour pour 7 jours



**INPE**  
692042365



**Pharmacie MERCURE**  
Docteur Selma TAZI  
2, Rue Al Woroud - Casablanca  
Tél: 0522 27 46 26

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

# Amoxil

amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

## Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) ..... 1g

Excipient q.s.p. .... 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيسيلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسيرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

**Ce médicament peut causer des allergies**

**Tenir hors de la vue et de la portée des enfants**

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**



PPV: 55,00 DH  
LOT: 619193  
PER: 01/21

AMOXIL 1g   
12 comprimés dispersibles





18/11/2020

Casablanca, le : .....

**Mme NOURAZIZ NAIMA**

**1/ PYOSTACINE 500/16 COMP**

1 cp trois fois par jour pour 10 jours

**2/ FUCIDINE 15G POMMADE**

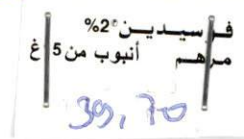
1 Application Soir pendant 10 jours

39,70 x 3

M9,10



INPE  
092042365



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

M U P R A S

N° Admission : 20013221 N° Facture : 20012978 Date facturation: 27/11/2020

Nom et prénom du patient : Mme NOURAZIZ 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 : MME NOURAZIZ NAIMA	Part organisme : 0.00 DH
Mle : 02305	Part patient : 400.00 DH
PC N° : 784	



www.anoual.ma | E-mail : anoualtel@menara.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 54 68  
 Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 72 92

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93  
 TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

Casablanca, le : 18/11/2020

**Mme NOURAZIZ NAIMA**

echographie mammaire sein droit

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