

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Education :

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.

Prothésiste :

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° M21- 0004618

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9283 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NAZIR Laila

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661138143

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CAÏDA Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21- 04618

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 :

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

N° W19-564506

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9283	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NAZIH LAILA
Nom & Prénom : NAZIH LAILA			
Date de naissance : 02/03/70			
Adresse :			
Tél. : 0661138143 Total des frais engagés : 100000 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Dr. WYDADI MUSA Chirurgien 30, Rue Hadj Omar Rifi R.P. Mers Sultan Casablanca - INP : 091138404 Tél: 0522 207 242 - Gsm: 0661 172 37			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : NAZIH LAILA Age : 49			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Cancer du Sein			
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 Le : 23/11/2020			
Signature de l'adhérent(e) :			

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** Le : **23/11/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

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
23-11-2005	ex	8		<p>INP : 01 41 11 11 11</p> <p>D. M. MHDADI Musiq Chirurgie-</p> <p>30, Rue Hach Omar Riffi Casablanca -</p> <p>Tél: 0522101111</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al Hamdulillah Dr. ZAYDI Hassan N°123, Rue Hassan II, Agdal, Casablanca Tél.: 05 22 29 09 49	23/11/2020	990,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/11/2010	3650 + Rx 730 D+1	1341

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur WYDADI Mustapha

Chirurgien Oncologue

Diplômé de l'Université Louis Pasteur Strasbourg

Ancien Chirurgien : C.A.V - Nancy
I.N.O - Rabat

- SEIN (oncoplastie - reconstruction)
- GYNECOLOGIE
- DIGESTIF
- PROCOTOLOGIE
- THYROIDE

الدكتور الودادي مصطفى

جراح - أمراض السرطان

خريج جامعة لويس باستور بستراßبورغ
جراح سابق : المركز لمكافحة السرطان ببنانسي
المعهد الوطني للأكولوجيا بالرباط

- التدي (أنكوبلاستي - تجديد)
- أمراض النساء
- الجهاز الهضمي
- الغدة الدرقية

Casablanca, le 23-11-2022 الدار البيضاء، في

Lot: 90275
Per: 01/2024
PPV: 124 DH 30

Lot: 90147
Per: 01/2024
PPV: 124 DH 30

Lot: 90146
Per: 01/2024
PPV: 124 DH 30

Lot: 90275
Per: 01/2024
PPV: 124 DH 30

Lot: 91061
Per: 01/2025
PPV: 124 DH 30

Lot: 90146
Per: 01/2024
PPV: 124 DH 30

Lot: 91062
Per: 03/2025
PPV: 124 DH 30

Lot: 91061
Per: 03/2025
PPV: 124 DH 30

Mu NAZI H Leila

TAMOXifen S.V 8 Boute.
126130
x 8 14 per jour / 8 mois
Tél = 9961 60
Dr. WYDADI Mustapha

Pharmacie EL MAMDOUH

Dr. ZAIDI Hafida

Lot Assari N°123

Dar Bouazza - Casablanca

Tél : 05 22 29 09 49

Dr. WYDADI Mustapha
Chirurgien
30, Rue Hadj Omar Riffi A.P. Mars Sultan
Casablanca - INP : 061 38304
Tél: 0522 207 242 - GSM: 0661 1703
Znقة أحمد الناصري - إقامة أهل أكادير - شارع عبد المؤمن - الدار البيضاء

6, Rue Ahmed Ennaciri - Résidence Aht Agadir - Boulevard Abdelmoumen - Casablanca
Tél/Fax : 022 25.48.49 - GSM : 061 17.23.71 - المحمول: 061 17.23.71 - Email : wydadimustapha@yahoo.fr

Docteur WYDADI Mustapha

Chirurgien Oncologue

Diplômé de l'Université Louis Pasteur Strasbourg

Ancien Chirurgien : C.A.V - Nancy
I.N.O - Rabat

- SEIN (oncoplastie - reconstruction)
- GYNECOLOGIE
- DIGESTIF
- PROCOTOLOGIE
- THYROIDE

Casablanca, le 23-11-2005 الدار البيضاء

Mme NAZIH Laila

cryptodinome serré

du pancréas

à faire faire

CA 19-9

ACE

Dr. WYDADI Mustapha
Chirurgien
30, Rue Hadj Omer RIM R.P. Merci
Casablanca - INP : 091/28065
Tél : 0322 207 242 GSM : 061 17.23.71



6, زنقة أحمد بن الحزم - إقامة أهل أكادير - شارع عبد المؤمن - الدار البيضاء

6, Rue Ahmed Ennaciri - Résidence Ahl Agadir - Boulevard Abdelmoumen - Casablanca

Tél/Fax : 022 25.48.49 - GSM : 061 17.23.71 - الهاتف/الفاكس: Email : wydadimustapha@yahoo.fr



مختبر التحاليل الطبية الرگراچي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI
Biologiste Diplomé de la faculté
De Médecine et de Pharmacie
de Clermont Ferrand



Né (e) le: 02-03-1970, âgé (e) de : 50 ans
Enregistré le: 28-11-2020 à 11:31
Édité le: 30-11-2020 à 10:06
Prélèvement : au labo
Le : 28-11-2020 à 11:44

Mme Laila NAZIH

Référence : **2011282025**

Prescrit par : **Dr WYDADI Mustapha**

Ceci est un mail, seul le résultat papier fait foi

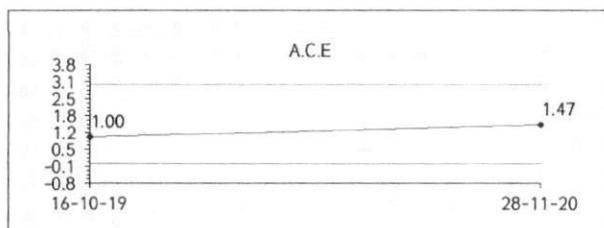
MARQUEURS TUMORAUX

16-10-2019

A.C.E
(ELFA /Biomérieux)

1.47 ng/ml (0.00-3.00)

1.00



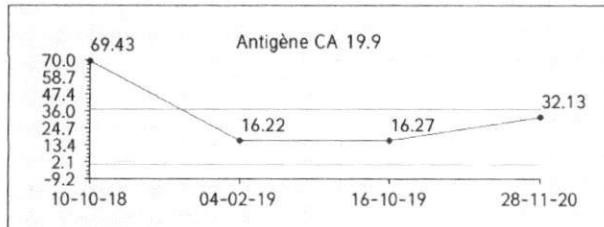
changement de technique depuis le 31/10/2019

16-10-2019

Antigène CA 19.9
(ELFA/Biomérieux)

32.13 U/ml (<37.00)

16.27





مختبر التحاليل الطبية الرغائي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGAGUI

S. MESTASSI

Biologiste Diplomé de la faculté
De Médecine et de Pharmacie
de Clermont Ferrand

FACTURE N° : 2011282025

Casablanca le 28-11-2020

Mme Laila NAZIH

Date de l'examen : 28-11-2020

INPE :

Caisse : **MUPRAS**



Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E11.5	E
0359	ACE	B250	B
0364	Ca 19.9	B400	B

TOTAL DOSSIER : 730 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent trente dirhams

