

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-661684

96738

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 9136 | Société : | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : NADIA BAHHAR | | | |
| Date de naissance : 08/07/70 | | | |
| Adresse : 02 Rue 1 MAAR EL BOUTKHAÏ | | | |
| Tél : 0642219829 Total des frais engagés : 1000 Dhs | | | |

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

| | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 26/11/2021 | | | |
| Nom et prénom du malade : BAHHAR NADIA | | Age : | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Cancer | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident | | | |
| 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) :



Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@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.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/11/2021 | | C2 | 400 D.H. | INP : INPE.091164541  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>Dr HAMALI</i> Pharmacie Univers Saint-JAMALI 1000 Casablanca - Maroc | 26/11/21 | 869,00 |
| 092 056 753 | | |

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

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 pratique 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 : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---------------------|--|-------------|--|---|--|---|---------------------|--|---------------------|---|---------------------|--|---------------------|---|--|
| | | | | 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 | | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | | D | 25533412 21433552 | | 00000000 00000000 | B | 00000000 00000000 | | 35533411 11433553 | G | |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 25533412 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |

Centre du Sein Moulay Youssef

Traitement et chirurgie des maladies du sein

Docteur Zakaria HAFIANI

Lauréat des facultés de médecine Paris, Lyon,
Grenoble et Tours (France)
Ex. Chirurgien des Hôpitaux et des Cliniques de France
Membre de la société Française de Sénologie
INPE:091164541

26/11/2024

N - BAH MAR

Nadia

12h.30 x 6

10 x 6

E

Lot: 91224
Per: 09/2025
PPV: 124 DH 30

123.60

I metformin

6 m

Lot: 91232
Per: 09/2025
PPV: 124 DH 30

869.40

Pharmacie Université
Hicham HAFIANI
1 Bd. Mly Youssef El Ouley
Tél: 05 22 28 66 00 - Casablanca



Lot: 91231
Per: 09/2025
PPV: 124 DH 30

Lot: 91231
Per: 09/2025
PPV: 124 DH 30

Lot: 91231
Per: 09/2025
PPV: 124 DH 30

Res. El Khir 600, bd Mly Youssef (à coté de l'Hôpital Mly Youssef) - Casablanca - Maroc

Tél.: 0522 204 354 - GSM : 0668 626 018

E-mail : zhafiani@yahoo.fr

SYNTHEMEDIC
22 rue zohra bennou al aquam roches
nouace casablanca

INEXIUM

Cgr GR

40 mg

Boite 14

641150MP/21/NRQ P.P.V:123,60 DH

6 118001 020607

