

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.

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.

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.

Maladie chronique :

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

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- 0060277

105138

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHADIT Abdelghane
Date de naissance : 15.07.1967
Adresse : 56, Hay Testaoudia 218 Casablanca
Tél. : 0661976344 Total des frais engagés : 2371,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ANIBA MYRIEM
Hématologie Clinique
Bd. Al Ouds, Imm. 35, GH 06 N°4
1er Etage - Casablanca
Tél : 0522 87 37 50 / 0522 87 42 13
Date de consultation : 18/02/2022
Nom et prénom du malade : Chent Boukayna Age : 17ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Anémie mal tolérée
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 : 18/02/2022
Signature de l'adhérent(e) :

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
18/02/2022	Acte	Coût		Dr. ANIBA
18/02/22	forfait for injectable	1000,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/02/2022	1371,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

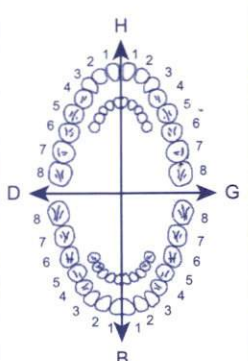
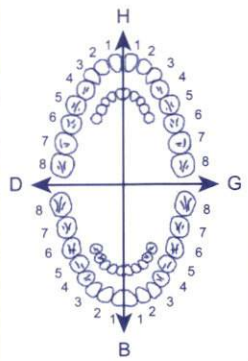
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUTION

Dr. ANIBA Myriem

Hématologue

(Adultes /  enfants)



Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

الدكتورة عنية مريم

أخصائية في أمراض الدم

(البالغين و الأطفال)

خريجة كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

Casablanca, le : 18/04/2022.

Mme Chasit Boutayna

Distribué par
PROMOPHARM S.A
Z.I du Sahel - Had Soualem
PPV: 1371 DH 00

1371,00

Fer inject 50 mg



PHARMACIE LMV
Dr. Mohamed LAHLOU
28, Bis Rue Salanique
Angle Rue de Rome - Casa
Tél : 05 22 83 43 95
Fax : 05 22 81 93 31
RC : 318383 - N° : 15221845



s fa con

Dr. ANIBA MYRIEM
Hématologie Clinique
Bd. Al Qods, Imm 35, GH 06 N°04
1er Etage - Casablanca
Tél: 0522 87 37 50 - GSM: 0664 42 82 13

شارع القدس، الضمان GH06، عمارة 35 الشقة 4 الطابق 1، الدار البيضاء

Boulevard Al Qods, Imm 35 GH06 N°04, 1er étage, Casablanca

☎ 05 22 87 37 50 (Urgence : ☐ 06 64 42 82 13) E-mail : myriemaniba@gmail.com

Dr. ANIBA Myriem

Hématologue

(Adultes et enfants)



Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

الدكتورة عنية مريم

أخصائية في أمراض الدم

(البالغين و الأطفال)

خريجة كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

Casablanca, le : 18/02/2022

Mme Chasit Bouayna

Perfusion Fe inject

Dr. ANIBA MYRIEM
Hématologie Clinique
Bd. Al Qods, Imm.35, GH 06 N°04
1er Etage - Casablanca
Tel: 0522 87 37 50 - GSM: 0664 42 82 13

شارع القدس، الضمان GH06، عمارة 35 الشقة 4 الطابق 1، الدار البيضاء

Boulevard Al Qods, Imm 35 GH06 N°04, 1er étage, Casablanca

☎ 05 22 87 37 50 (Urgence) : ☎ 06 64 42 82 13 E-mail : myriemaniba@gmail.com



Casablanca, le 18/02/2022

COMPTE RENDU

Mon Cher Confrère,

Je vous prie de bien vouloir trouver, ci – joint, les renseignements cliniques
Concernant :

Mr/Mme CHARIT BOUTAYNA

Patiente âgée de 17 ans, suite pour
une émicaseptine persistante malgré un
traitement médical per Or bien adapté,
nécessitant ainsi le suivi de fer

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
Sce Facturation 2
15, Allée du Persée
Q. des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél : 05 22 86 27 00 Fax : 05 22 86 25 56

Dr. ANIBA

Dr. ANIBA MYRIEM
Hématologie Clinique
Bd. Al Qods, Km.35, GH 06 N°04
1er Etage - Casablanca
Tél : 05 22 87 11 50 - GSM : 06 64 42 82 13

Professeur A.ACHARKI
Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI
Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs
N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologieriyad.com
GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26
I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919



F A C T U R E

N° : 2195 / 2022 du 18/02/2022

Nom patient **CHARIT BOUTAYNA**
PAYANT

Entrée 18/02/2022

Sortie 18/02/2022

Désignation des prestations

Nombre

Lettre Clé

Prix Unitaire

Montant

FORFAIT FER INJECTABLE

1,00

1 000,00

1 000,00

Sous-Total

1 000,00

Total Clinique

1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS

Total

1 000,00

Compte bancaire : 007 780 0003518000000410 61 AWB

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
Sce Facturation
15 Allée du Persée
Q. des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél: 05 22 86 27 00 / Fax: 05 22 86 25 56

Professeur A.ACHARKI
Onco-RadiothérapeuteDocteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAIN

Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologieriad.comN°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (LG) / GSM: 06619967 / Fax: 0522862556
Onco-Radiothérapeute TP: 37990430 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919 / ICE: 001741149000027 / T.P: 37990430 / I.F: 40229787 - C.N.S.S : 8587919

Reçu de caisse

N° : 2202181609150050 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
220218160600SU-001	CHARIT BOUTAYNA	18/02/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		1 000,00
PAYANT	Total payé	1 000,00
		MILLE DIRHAMS

Reçu établi par : AMINA

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
SSE
Rue de la Liberté
Casablanca

Pharmacie Lycée Mohamed 5

DR. LAHLOU MOHAMED

0522854395

28 bis , Rue Salonique (Angle Rue de Rome), Casablanca



Facture N° 20220218-657

Date de vente : 18/02/2022
Médecin traitant :

CHARIT BOUTAYNA
CASABLANCA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
FERINJECT IN 50MG B1 10ML INJECTABLE	1	1 371,00	Exonéré (0.00%)	1 371,00



Total HT	1 371,00 DHS
TVA	0 DHS
Total	1 371,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille trois cent soixante et onze DHS

