

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

Nº P19- 047155

ND: 29384

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... 228 ..... Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : Elomary Ghita

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 05 22 23 26 23 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... 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 : 19 JUN. 2020 Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e)

ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-047155

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 TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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 78 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdallah - 6ème étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Casablanca 20 30 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78

in Hellah - Quartier de l'Horloge  
www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0044086

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 228 Société : RAM MUPRAS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL OMARY Ghita - Zouiten Ned

Date de naissance :

07/01/48

Adresse : Ras. NADIA IMA D APT 9 Route El Jadida

90350 CASABLANCA

Tél. : 05 22 20 45 45

Total des frais engagés : 14034 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/04/2012

Nom et prénom du malade : EL OMARY Ghita Age : 64 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Axénie semi-prise

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non

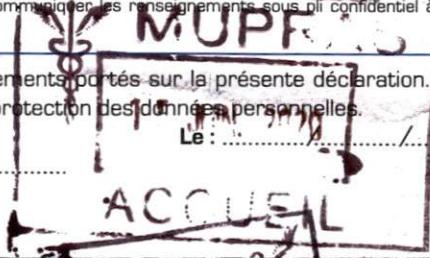
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

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
06/04/20	Fe R inject		800	<i>[Signature]</i>
06/04/20	Contrôle			<i>[Signature]</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE LA RÉSIDENCE Dr. ZOURENE Hassan 149, Angle de la Résistance et Rue Lahcen Ouardouz Casablanca Tél: 0522 44 55 50</i>	06/04/20	2742,00 //
	06/04/20	492,120 //

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

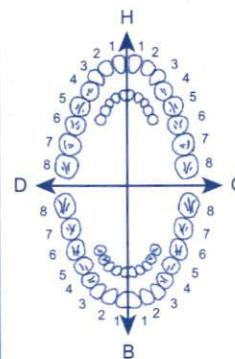
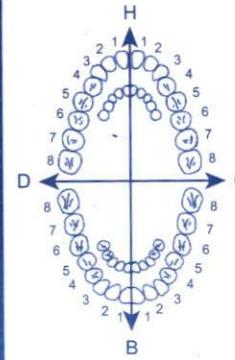
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 d

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	D 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
	B			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**clinique AL MADINA** مصحة المدينة  
**Centre d'Hématologie & Oncologie** مركز أمراض الدم والأنكولوجيا

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie  
 Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire  
 Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur  
 Rx Conventionnelle - Echographie

**ORDONNANCE**

SLW/202

~~PHARMACIE DE LA RÉSIDENCE~~  
~~PHARMACIE Hématologie~~  
~~149, Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard - Casablanca~~  
~~Tel: 0522 44 57 60~~

Mr. El Omari Bahi

$$123,60 \times 2 = 247,20$$

1) Injektion 10 ml



$$32,10 \times 6 = 192,60$$

Acetyl L-Lysine 10 ml x 3

2) Antihist.



$$52,40$$

100 mg x 3

2 ml x 3

3) Solutal



$$\underline{492,20}$$

(Vignettes jointes)  
 au verso

1 ml x 3

**DR. Srâdia ZAFAD**  
 Professeur Agrégée

Hématologie & Oncologie

CLINIQUE AL MADINA

Angle Rue Mohamed Bahi et rue Mansard (en face de l'Institut le Cèdre) Quartier Palmiers

Tél : 05.22.77.77.40 à 49 (LG) / 05.22.25.00.02 - Fax: 05.22.25.00.01

CASABLANCA

Gsm: 06 82 55 145

E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n°1007171 - Patente: 34782425

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubier bno al aquam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

40 mg Cpr.GR  
Boite 14  
64115DMP/21/NRQ P.P.V:123,60 DH  
6 118001 020607

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubier bno al aquam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

40 mg Cpr.GR  
Boite 14  
64115DMP/21/NRQ P.P.V:123,60 DH  
6 118001 020607

**Mutesa®**  
Suspension buvable  
flacon 200 ml



6 118000 180425

32,10

**Mutesa®**  
Suspension buvable  
flacon 200 ml



6 118000 180425

32,10

**Mutesa®**  
Suspension buvable  
flacon 200 ml



6 118000 180425

**Mutesa®**

Suspension buvable  
flacon 200 ml



6 118000 180425

32,10

**Mutesa®**  
Suspension buvable  
flacon 200 ml



6 118000 180425

32,10

**Mutesa®**  
Suspension buvable  
flacon 200 ml



6 118000 180425

SMECTA 3G  
SACHETS 830  
LOT : 9M4611  
PER : 04/2022  
P.P.V : 52DH40



6 118000 011460



# مركز أمراض الدم والأنكولوجيا

## Centre d'Hématologie & Oncologie

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة

أمراض الدم

البالغين والأطفال

سرطان الطفل

زراعة النخاع

Dr. Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée

Hématologie Clinique

Adultes - Enfants

Oncologie Pédiatrique

Greffé de Moelle

Casablanca, Le :

6/6/2020

7 m

Fel Omani

Ghrib

$$1371,00 \times 2 = 2742,00$$

Fermé le 50 juillet

50 juillet

(vignette jointes  
au verso)

2 flacons

صيادلة  
PHARMACIE LA RÉSIDENCE  
Dr. ZOUMERINE Hassan  
149, Anglo Suisse la Résistance  
et Rue Lahcen Guider - Casablanca  
Tél: 05 22 44 57 50

Dr. Saâdia ZAFAD  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
CLINIQUE AL MADINA  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49  
Gsm: 06 62 54 23 07

Centre d'Hématologie et Oncologie - Clinique Al Madina

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers  
Tél : 05 22.77.77.40 à 49 (LG) - Fax: 05 22.23.06.66 - E-mail : szafad@hotmail.com - CASABLANCA



Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie  
 Crevette de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire  
 Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur  
 Rx Conventionnelle - Echographie

**F A C T U R E**

N° : **3390 B / 2020** du **07/04/2020**

**FERINJECT**

Nom patient **EL OMARY GHITA**

Entrée **07/04/2020**

**PAYANT**

Sortie **07/04/2020**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FERINJECT	1,00		800,00	800,00
<i>Sous-Total</i>				800,00
<b>Total Clinique</b>				<b>800,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

HUIT CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>800,00</b>



## BON DE COMMANDE N°

012284

U12284  
El Camay Chita  
7/04/85

Nom et Prénom du Malade :

N° d'Admission

Service : ..... HDJ

Hospitalisation

Pharmacie		Consommable	
Designation	Qte	Designation	Qte
<p><i>ferenjet</i></p> <p><i>50g</i></p>  <p><i>CLINIQUE AL MAJALA</i></p> <p><i>Angie Rue Abdellatif et Rue Mouloudji</i></p> <p><i>Quartier Abdellatif</i></p> <p><i>Tel: 0521 77 00 99 - 0521 35 00 01</i></p>			

### Visa Demandeur

Visa Livreur

## Visa Recepteur