

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

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

N° W19-534403

ND 43829 orneur

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2305

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NOUR AZIZ Raima

Date de naissance :

16/6/1959

Adresse :

Habituelle

Tél. :

0660 36 61154

Total des frais engagés : 814,70 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

Nature de la maladie :

affection mammaire

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'atlas 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) :

CCY

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
18/09/2020		Ce	520,00	INP : 0914003004 Dr Adnane AIFI CHIRURGE CANCEROPATHOLOGIQUE AP-HP 43500 PARIS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Formuleur	Date	Montant de la Facture
	18/09/2023	314,70

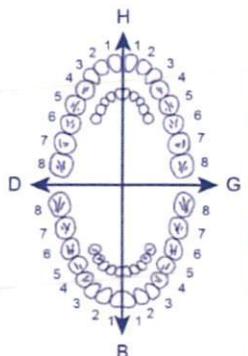
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

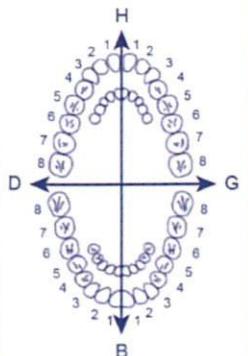
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[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'EXÉCUTION

Docteur Adnane AFIFI

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine d'Angers

CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE

GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE

CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE DU SEIN

Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux R.S de Nantes

Ancien Médecin Attaché au C.H.U. d'Angers

Sur Rendez-vous

192, 00

1,12/OSTACINÉ 580:

I can find nothing



6 Gees

(2 Meets)

122,70

27 DAFLON 500

I compris Latin et bon



Dr Adnane AFIFI
CHIRURGE CANCEROLOGIQUE
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE
8 rue Ibn Youyaala El Ifrani
CASAPLANA - 22300 Casablanca - Quartier Racine
Téléphone : 0522 33 22 33 - Fax : 0522 33 22 33

8, Rue Ibn Yaala El Ifrani - Angle Bd. El Massira, Résidence Nokima - Quartier Racine

Tél. 05 22 364 354 - Tél/Fax. 05 22 364 355 - Casablanca - www.drafifi.ma

1800010006

30 comorines délicieuses

 daflon® 500 mg

6

Imm. ZEVACO, Lot FAH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca



Les Laboratoires S
SERVIER MAROC

FOR ONE IMMEDIATE TABLET

Excipients: quantity sufficient for one film-coated tablet.
Excipient with a known effect: wheat starch (gluten).
Store at a temperature no higher than 30° C.
KEEP OUT OF THE REACH AND SIGHT OF CHILDREN.
Authorized medicine n°3400931358589

.....500 mg

Excipients: quantité suffisante pour un comprimé pelliculé.
Excipient à effet notoire : amidon de blé (gluten).
A conserver à une température ne dépassant pas 30° C.
TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS.
Médicament autorisé n°3400931358589

sanofi-aventis France
1-13, boulevard Romain Rolland
75014 Paris - France

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaï Casablanca

**Pyostacine 500mg, cp b 16
P.P.V : 192,00 DH**

6 118000 061717

Fabricant / Manufacturer / المصنّع
FAMAR HEALTH CARE SERVICES MADRID, S.A.U.
Avenida de Leganés, 62
28923 Alcorcon (Madrid) - Espagne / Spain