

**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.

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.

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° P19-0039184

XD 45151

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *338* Société : *R.A.M.*

Actif Pensionné(e) Autre : *Veuve*

Nom & Prénom : *AFIF Fatma*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Lhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *01/10/2020*

Nom et prénom du malade : *AFIF Fatma* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Infection urinaire à répétition*

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 : *Casa / 01/10/2020*

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-039184

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 :

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
01/10/20	C		G	
23/10/20	cardinal		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/10/20	425,40
	23/10/20	290,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou 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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	H		G
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
	B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

D	H		G
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
	B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز الدار البيضاء الورداني لأعراض الكلي و نصفية الدم
CENTRE DE NEPHROLOGIE-HÉMODIALYSE CASABLANCA WARDANI

Dr. WARDANI Khadija
NEPHROLOGUE
Diplômée de la Faculté
de Médecine de Marseille



الدكتورة الورداني خديجة
إختصاصية في مرض الكلية
خريجة كلية الطب بمرسيليا

29/10/2010

Comme Afif lot na



1) DAFLON 1000 cp

201,00

201,00

1 cp / j

et Sebasteril



89,00

290,00

SD18 08	
LOT	PER
Prix	89,00

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed CHAFRY
N°51 Rue Banafsaj
Casablanca

Dr. WARDANI Khadija
NEPHROLOGUE
8, Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél.: 05 22 22 48 50 - Fax: 05 22 20 02 68

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed CHAFRY
Hay Raba Rue Banafsaj
N°51 Bis Beaussejour - Casa
Tél.: 05 22 94 99 14

8 زنقة المستشفيات - حي المستشفيات
الدار البيضاء - ص ب 360 - المغرب
8, Rue des hôpitaux - Quartier
des hôpitaux - Casablanca
BP 20 360 - Maroc

مستعجلات : 06.61.19.26.77
Tél / Fax : 05.22.22.48.50 : الفاكس / الهاتف
E-mail : centre.dialyse.wardani@gmail.com
reservation.dialysevacancecasa@gmail.com
Site web : www.dialysecasablancamaroc.com



مركز الدار البيضاء الورداني لأعراض الكلوي و نصفية الدم
CENTRE DE NEPHROLOGIE-HÉMODIALYSE CASABLANCA WARDANI

Dr. WARDANI Khadija
NEPHROLOGUE
Diplômée de la Faculté
de Médecine de Marseille



الدكتورة الورداني خديجة
إختصاصية في مرض الكلية
خريجة كلية الطب بمرسليا

ATIZ Jete
e 21/10/20.

138,30 x2
Augmentin 100

1 cp x 3 x

D Durz 100000 UK

49,60 ep / semaine x 3 mois

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E25
EXP: 05/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E25
EXP: 05/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E25
EXP: 05/2023

PPV: 138,30 DH
LOT: 612759
PER: 10/21

PPV: 138,30 DH
LOT: 612759
PER: 10/21

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed CHAFRY
Hay Raha Rue Banafsaje
N°51 Bis Beausejour Casa
Tél: 05 22 94 99 34

PHARMACIE HIBA CENTRE D'HEMODIALYSE
Dr. WARDANI Khadija
8, Rue des Hôpitaux - Quartier
des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 0522 22 48 50 / 0521 10 21 99
Fax: 0521 20 02 86

8 زنقة المستشفيات - حي المستشفيات
الدار البيضاء - ص ب 360 - المغرب
8, Rue des hôpitaux - Quartier
des hôpitaux - Casablanca
BP 20 360 - Maroc

مستعجلات : 06.61.19.26.77
الهاتف / الفاكس : 05.22.22.48.50
E-mail : centre.dialyse.wardani@gmail.com
reservation.dialysevacancecasa@gmail.com
Site web : www.dialysecasablancomaroc.com