

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.

Education :

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

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- 0014923

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00202 Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Q 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0014923

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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

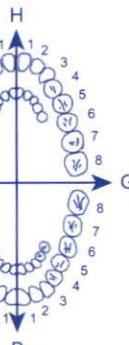
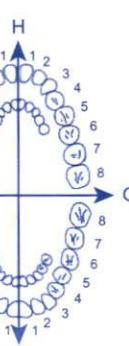
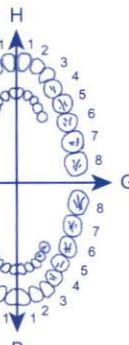
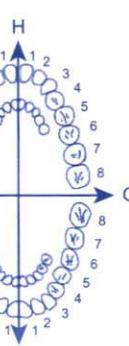
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exi  s par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'IRM.

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient DES TRAVAUX
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
					Coefficient des travaux
					Montant des soins
					Début d'exécution
					Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
		H			
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G		Montant des soins
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis
					Fin d'exécution

Visa et cachet du

attestant la

DH

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme <i>Rabie</i>	Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom <i>EL HADDAJ</i> F. 'Barek				
Fonction <i>Retraitee</i>	Phones <i>0664551433</i>			
Mail <i>secteur 14B Rue EL AZZAR 217 Tafighat Agadir</i>				
MEDECIN	Prénom du patient <i>EL HADDAJ</i>			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <i>70</i>	
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
<i>Maladie mon légume de la tête</i>		<i>25/06/11</i>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <i>Non</i>				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
	<i>05</i>	<i>250</i>		
PHARMACIE	Date <i>27/06/19</i>			
Montant de la facture <i>697,00</i>				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date <i>26/06/19</i>				
Désignation des Coefficients <i>125</i>		Montant détaillé des Honoraires <i>3000,00 DH</i>		
GROUPE RADILOGIQUE DE SALE				
Dr. M. BENCHEKROUN B.				
1, Rue khafar Al-Sale				
Fax: 05.37.26.30 / 05.37.88.67.71				
100000595				
CACHET				
AUXILIAIRES MEDICAUX Date				
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Dr. MEOUHOUB SIHAM

Cabinet de consultations
de Médecine Générale

Gériatrie

Agréée pour la visite du permis de conduire

E

RABAT LE :27/06/2019

NOM : EL HADDAD

PRENOM : MBAREK

135,00+

52,80

22,20

487,00

- 1- Evox 500 : 1 cp / jour / 14 jours après repas .
- 2- Aulcer 20 mg : 1 / jour / 14 jours .
- 3- Prizdal 1 mg : 1 cp le soir matin / 1 mois .
- 4- Codolipranne cp : 1 cp si douleurs sans dépasser les 2 cp / jour / 4 jours .
- 5- Lyrica 75 mg : 1 cp le / 1 mois .

T = 697,00

Docteur Siham MEOUHOUB
Médecine Générale Gériatrie
15, Rue Jbal Bouiblane Appt n°7 3eme Etg
Agdal - Rabat
Gsm: 06 11 91 78 77 - Tél: 05 37 67 02 45

034/11248

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 487DH00

6 118001 170678

AULCER 20 mg
14 Gélules
LOT: 18291
PER: 03-2021
PPV: 52,80 DH
6 118001 220045

15bis, Rue Jbal bouiblane Appt 7, 3 eme etage Agdal - Rabat
Cabinet : Tél : 05 37 67 02 45 / GSM : 06 11 91 78 77
Email : siham_meouhoub@hotmail.fr
Code I C E : 001654586000013 RC NUM : 17332

Dr. MEOUHOUB SIHAM

Cabinet de consultations

de Médecine Générale

Gériatrie

Agréée pour la visite du permis de conduire

E

RABAT LE :25/06/2019

NOM :EL HADDAD

PRENOM :MBAREK

I- IRM

GROUPÉ RADIOLOGIQUE DE SALE
Dr. M. BENCHEKROUN, B.
12, Rue khlafaR'Mel - Salé
Tél: 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.77
Fax: 05.37.88.07.73

RC : maux de tête non calmé par les antalgiques habituelle .

Docteur Siham MEOUHOUB
Médecine Générale Gériatrie
15, Rue Jbal Bouiblane Appt 7, 3 eme etage Agdal – Rabat
Tél: 05 37 67 02 45 / GSM: 06 11 91 78 77
Gsm: 06 11 91 78 77 - Tél: 05 37 67 02 45

15bis, Rue Jbal bouiblane Appt7, 3 eme etage Agdal – Rabat

Cabinet : Tél : 05 37 67 02 45 / GSM : 06 11 91 78 77

Email : siham_meouhoub@hotmail.fr

Code I C E : 001654586000013 RC NUM : 17332



IRM 1.5 T - SPECTROSCOPIE - IRM MAMMAIRE

SCANNER 16 BARETTES - 3D - COLOSCAN - COLOSCOPIE VIRTUELLE - DENTASCAN - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - STEREOVISCUS - RADIOLOGIE DENTAIRE NUMERISEE - OSTEOGENOMÉTRIE

Dr. M. BENCHEKROUN. B.

Dr. A. BENCHEKROUN. M.

FACTURE N° : 7508/2019

EL HADDAD MBAREK	Salé, le 26/06/2019
<i>Examen(s) Réalisé(s)</i>	<i>Montant</i>
IRM cérébrale	3 000,00
TOTAL	3 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES

Identité Bancaire : 022 815 000 065 00 050579 84 63 / SG Salé

GRUPE RADILOGIQUE DE SALE
Dr. M. BENCHEKROUN. B.
12, Rue khlafaR'Mel- Salé
Tél: 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.77
Fax: 05.37.88.07.73



IRM 1.5 T - SPECTROSCOPIE - IRM MAMMAIRE

SCANNER 16 BARETTES - 3D - COLOSCAN - COLOSCOPIE VIRTUELLE - DENTASCAN - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - STEREOTAXIE - RADIOLOGIE DENTAIRE NUMERISEE - OSTEODENSITOMETRIE

Dr. M. BENCHEKROUN. B.

Salé le, 26/06/2019 Dr. M. BENCHEKROUN. M.

Nom Et Prénom	: Mr. EL HADDAD MBAREK
N° Patient / N° Dossier	: D 46209 / 96296
Médecin Traitant	: Dr . S. MEOUHOUB
Examen(s) Réalisé(s)	: IRM cérébrale

INDICATION :

- Céphalées.

Technique :

- Examen réalisé sur un appareil GE Signa Creator avec des séquences :
 - Sagittale T1.
 - Coronale T2 FLAIR.
 - Axiale diffusion, axiale T2, T2*.
 - 3D FIESTA.

RESULTATS :

Fosse cérébrale postérieure:

- Absence d'anomalie de signal des hémisphères cérébelleux et du tronc cérébral.
- Atrophie corticale modérée.
- Le V4 est en place.
- Les angles ponto-cérébelleux sont libres.
- A noter un hyper signal de l'hémisinus sphénoïdal gauche en faveur d'une sinusite à ce niveau.
- Absence de comblement des autres cavités sinusiennes.

A l'étage sus tentoriel :

- Présence de quelques hyper signaux T2 punctiformes de siège péri-ventriculaire, d'origine artériopathique.
- Foyers de démyélinisation de la substance blanche en regard des carrefours et des cornes occipitales de façon bilatérale.
- Absence de saignement intra-parenchymateux.
- La ligne médiane est en place.
- Expansion normale du système ventriculaire.
- Atrophie corticale modérée prédominant au niveau frontal.

CONCLUSION :

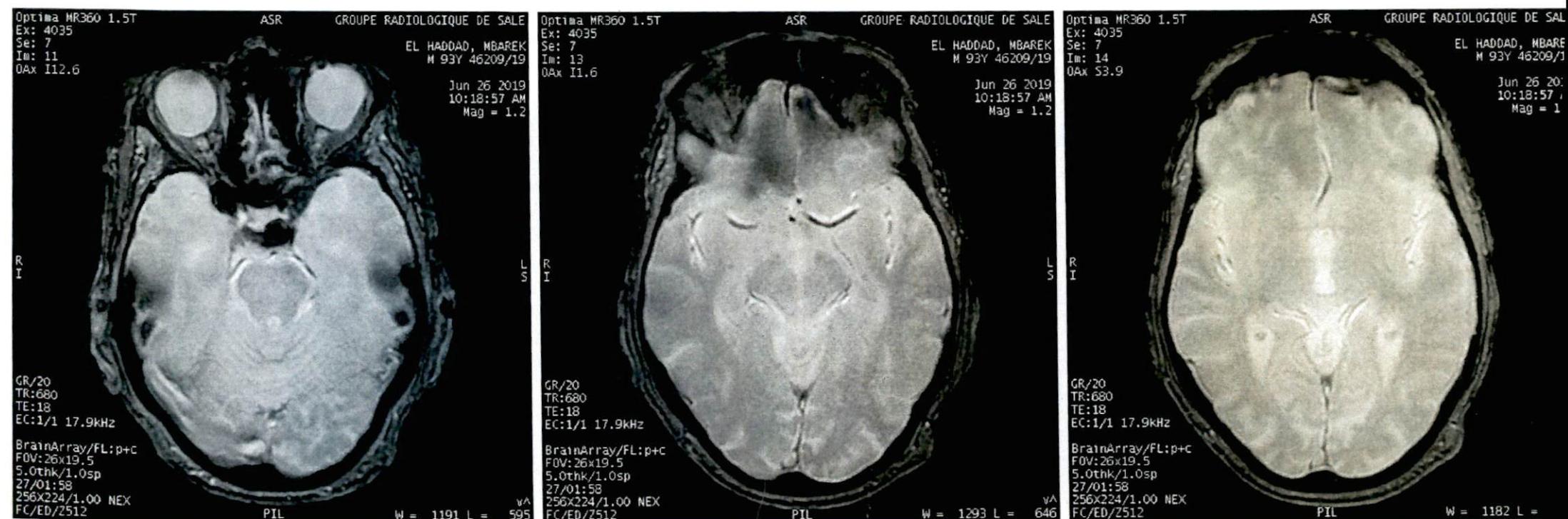
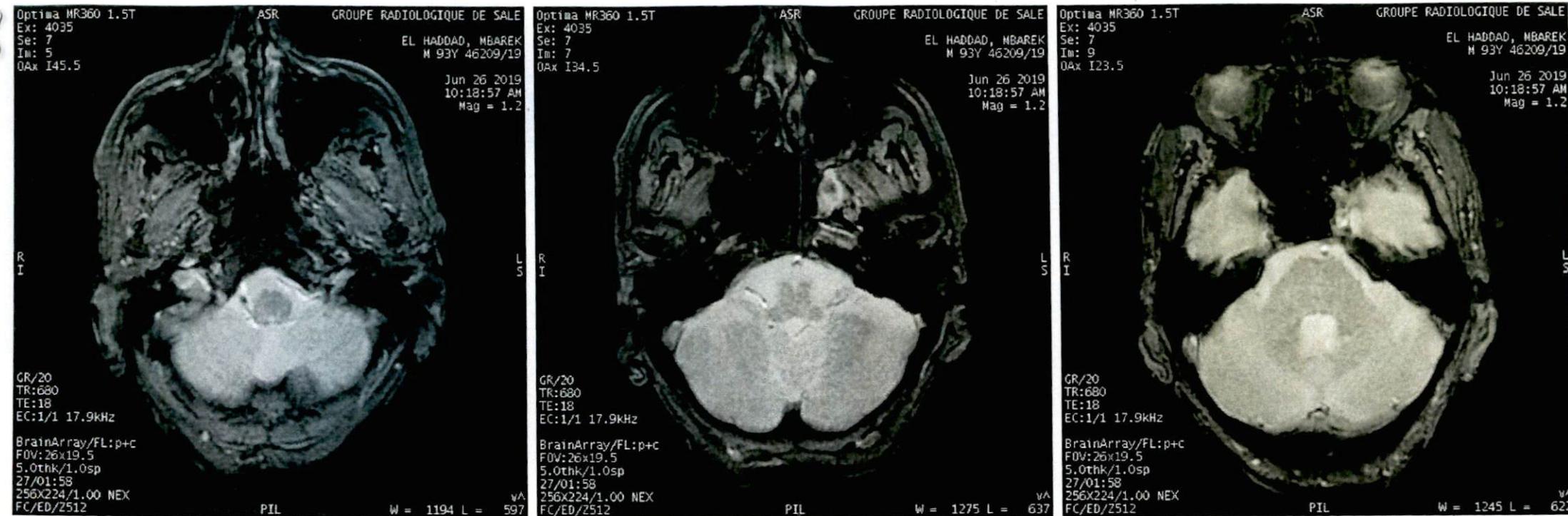
- *L'examen de ce jour montre une atrophie corticale modérée associée à des hyper signaux d'origine artériopathique au niveau péri-ventriculaire et quelques foyers de démyélinisation de la substance blanche en regard des carrefours et des cornes occipitales de façon bilatérale.*
- *Absence de processus expansif intracrânien.*
- *Comblement de l'hémisinus sphénoïdal gauche en faveur d'une sinusite à ce niveau.*

En vous remerciant de votre confiance 2

في اتجاه المقام الجميل).

12, Rue khlafa R'Mel - Salé (En face de la Marina de Salé en direction de Beauséjour)

Patente: 28728529 - I.F: 03365749 - R.C: 4227 - N° CNSS : 6138813 - ICE : 000017043000007
Tél: 05 37 88 26 30 / 05 37 88 67 77 - Fax: 05 37 88 07 73 - E-mail : radiologiesale@yahoo.fr



Optima MR360 1.5T
Ex: 4035
Se: 7
Im: 15
0Ax 59.3

ASR

ASR GROUPE RADIOLOGIQUE DE SALE

EL HADDAD, MBAREK
M 93Y 46209/19

Jun 26 2019
10:18:57 AM
Mag = 1.2

R
I

GR/20
TR:680
TE:18
EC:1/1 17.9kHz

BrainArray/FL:p+c
FOV:26x19.5
5.0thk/1.0sp
27/01:58
256x224/1.00 NEX
FC/ED/2512

PIL

W = 1237 L = 618

Optima MR360 1.5T
Ex: 4035
Se: 7
Im: 19
0Ax 531.3

ASR

GROUPE RADIOLOGIQUE DE SALE

EL HADDAD, MBAREK
M 93Y 46209/19

Jun 26 2019
10:18:57 AM
Mag = 1.2

R
I

GR/20
TR:680
TE:18
EC:1/1 17.9kHz

BrainArray/FL:p+c
FOV:26x19.5
5.0thk/1.0sp
27/01:58
256x224/1.00 NEX
FC/ED/2512

PIL

W = 1059 L = 529

Optima MR360 1.5T
Ex: 4035
Se: 7
Im: 16
0Ax 514.8

ASR

GROUPE RADIOLOGIQUE DE SALE

EL HADDAD, MBAREK
M 93Y 46209/19

Jun 26 2019
10:18:57 AM
Mag = 1.2

R
I

GR/20
TR:680
TE:18
EC:1/1 17.9kHz

BrainArray/FL:p+c
FOV:26x19.5
5.0thk/1.0sp
27/01:58
256x224/1.00 NEX
FC/ED/2512

R
I

GR/20
TR:680
TE:18
EC:1/1 17.9kHz

BrainArray/FL:p+c
FOV:26x19.5
5.0thk/1.0sp
27/01:58
256x224/1.00 NEX
FC/ED/2512

R
I

GR/20
TR:680
TE:18
EC:1/1 17.9kHz

BrainArray/FL:p+c
FOV:26x19.5
5.0thk/1.0sp
27/01:58
256x224/1.00 NEX
FC/ED/2512

Optima MR360 1.5T
Ex: 4035
Se: 7
Im: 17
0Ax 520.3

ASR

GROUPE RADIOLOGIQUE DI

EL HADDAD, I
M 93Y 461

Jun 26
10:18:
Mag

R
I

GR/20
TR:680
TE:18
EC:1/1 17.9kHz

BrainArray/FL:p+c
FOV:26x19.5
5.0thk/1.0sp
27/01:58
256x224/1.00 NEX
FC/ED/2512

R
I

GR/20
TR:680
TE:18
EC:1/1 17.9kHz

BrainArray/FL:p+c
FOV:26x19.5
5.0thk/1.0sp
27/01:58
256x224/1.00 NEX
FC/ED/2512

R
I

GR/20
TR:680
TE:18
EC:1/1 17.9kHz

BrainArray/FL:p+c
FOV:26x19.5
5.0thk/1.0sp
27/01:58
256x224/1.00 NEX
FC/ED/2512

Optima MR360 1.5T
Ex: 4035
Se: 7
Im: 21
0Ax 542.2

ASR

GROUPE RADIOLOGIQUE DE SALE

EL HADDAD, MBAREK
M 93Y 46209/19

Jun 26 2019
10:18:57 AM
Mag = 1.2

R
I

GR/20
TR:680
TE:18
EC:1/1 17.9kHz

BrainArray/FL:p+c
FOV:26x19.5
5.0thk/1.0sp
27/01:58
256x224/1.00 NEX
FC/ED/2512

R
I

GR/20
TR:680
TE:18
EC:1/1 17.9kHz

BrainArray/FL:p+c
FOV:26x19.5
5.0thk/1.0sp
27/01:58
256x224/1.00 NEX
FC/ED/2512

Optima MR360 1.5T
Ex: 4035
Se: 7
Im: 25
0Ax 564.2

ASR

GROUPE RADIOLOGIQUE DE SA

EL HADDAD, MBAR
M 93Y 46209/

Jun 26 20
10:18:
Mag = 1

R
I

GR/20
TR:680
TE:18
EC:1/1 17.9kHz

BrainArray/FL:p+c
FOV:26x19.5
5.0thk/1.0sp
27/01:58
256x224/1.00 NEX
FC/ED/2512

R
I

GR/20
TR:680
TE:18
EC:1/1 17.9kHz

BrainArray/FL:p+c
FOV:26x19.5
5.0thk/1.0sp
27/01:58
256x224/1.00 NEX
FC/ED/2512

R
I

GR/20
TR:680
TE:18
EC:1/1 17.9kHz

BrainArray/FL:p+c
FOV:26x19.5
5.0thk/1.0sp
27/01:58
256x224/1.00 NEX
FC/ED/2512

