

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 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

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° W19-543951

ND: 33 258

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12277 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEN BELAID Dounia
 Date de naissance : 21/06/1975
 Adresse : Lotissement Aïn Diab II, N°12, Imm B
 Aïn Diab, Casablanca
 Tél. : 0662771538 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/06/2020
 Nom et prénom du malade : BEN BELAID Dounia
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Arthrose de l'épaule
 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 : 15/07/2020
 Signature de l'adhérent(e) : Dounia

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
12.06.2020	C3	201	6000	INP : 091071001

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/06/2020	230	300,00
	25.6.2020	1410	600 MM

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																					
				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></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			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

Patient : BEN BELAID DOUNIA

Prescripteur: DR HAJJI MAYY

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

Mon cher confrère,

Veillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.

L'examen a été réalisé sur un Echographe Logiq S8 XD clear 2.0 mise en service en janvier 2018.

Indication :

Hématurie microscopique.

Antécédents de lithiase urinaire.

Résultats :

Au niveau abdominal :

Le foie est de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.

Pas de dilatation des voies biliaires intra ou extra-hépatiques.

La vésicule biliaire est alithiasique, à parois fines.

Pas d'anomalie spléno-pancréatique.

Les reins sont normaux sur le plan morphologique.

Pas d'image de lithiase ni de dilatation des cavités pyélo-calicielles.

Pas d'adénomégalie rétro-péritonéale ou coelio-mésentérique.

Pas d'épanchement intra-péritonéal.

Au niveau pelvien :

La vessie est transsonore, à parois fines.

Utérus globuleux avec présence d'une lésion hypoéchogène latéralisée à gauche mesurant 4cm et correspondant à un fibrome utérin.

Pas d'épanchement dans le cul-de-sac de Douglas.

Pas d'anomalie ovarienne.

Pas de masse pelvienne.

Conclusion :

Fibrome utérin connu.

Examen normal par ailleurs.

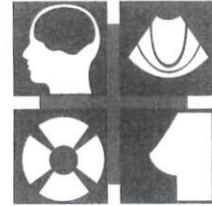
Merci de votre confiance

Docteur Jawad EL AOUD

GENTRE BIOLGIE ANFA
5, rue Al Adhbi
CASABLANCA
Tél.: 94.97.99 - Fax: 94.97.99

Docteur Jawad EL AOUD

Ancien Interne en Titre des Hôpitaux de Montpellier
Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
D.E.S de Radiologie
Membre de la Société Française de Radiologie
Docteur d'Etat en Médecine



مركز أنفا للفحص بالأشعة
CENTRE RADIOLOGIE ANFA

Casablanca, le 27/06/2020

Patient : BENBELAID DOUNIA

Prescripteur: DR HAJJI MAYY

RADIOGRAPHIES DU THORAX FACE ET PROFIL

Mon cher confrère,

Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.

Examen réalisé grâce à un CAPTEUR PLAN NUMERIQUE permettant une réduction des doses RX et une meilleure résolution d'image.

Indication :

Syndrome sec.

Résultats :

Transparence normale et symétrique des deux champs pulmonaires.

Pas d'anomalie pleuro-parenchymateuse d'allure évolutive.

Silhouette cardio-médiastinale normale.

Plèvre et cage thoracique sans anomalie.

Conclusion:

Radiographies normales.

Merci de votre confiance

Docteur Jawad EL AOUD

CENTRE RADIOLOGIE ANFA
5, rue Ali Abderrazak
CASABLANCA
Tél : 0522 94 97 97/98/99 - Fax : 94 97 98 99



Casablanca, le 27/06/2020

Facture N° 2408

Nom patient : **BENBELAID DOUNIA**

Examen(s) réalisé(s) :
RX POUMONS (FACE/PROFIL)

Montant : **trois cents (300 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS CENTS DH

REGLEMENT : ESPECES

CENTRE RADIOLOGIE ANFA
5, rue Ali Abderrazak
CASABLANCA
Tel.: 94.97.97 - Fax: 94.97.99



Casablanca, le 25/06/2020

Facture N° 2362

Nom patient : BEN BELAID DOUNIA

Examen(s) réalisé(s) :
ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

Montant : six cents (600 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SIX CENTS DH

REGLEMENT : ESPECES

CENTRE RADIOLOGIE ANFA
5, rue Ali Abderrazak
CASABLANCA
Tél.: 94.97.97 Fax : 94.97.99

Dr HAJJI Mayy
MEDECINE INTERNE
120 Boulevard My IDRISS 1^{er}
CASABLANCA
Tel / Fax : 0 22 8638 13

EXAMEN RADIOLOGIQUE OU ECHOGRAPHIQUE

PATIENT

NOM : BENBELLAID PRENOM : Dania AGE :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Syndrome sec

CENTRE RADIOLOGIE ANFA
5, rue Ali Abderrazak
CASABLANCA
Tél.: 94.97.97 - Fax: 94.97.89

EXAMEN DEMANDE

Radios Thorax face

DATE : le

2.06.2020

DR. HAJJI MAYY
MEDECINE INTERNE
120 Boulevard My IDRISS 1^{er}
CASABLANCA
Tél.: 94.97.97 - Fax: 94.97.89

Dr HAJJI Mayy
MEDECINE INTERNE
120 Boulevard My IDRIS 1^{er}
CASABLANCA
Tel / Fax : 0 22 8638 13

EXAMEN RADIOLOGIQUE OU ECHOGRAPHIQUE

PATIENT

NOM : BENBOULAD PRENOM : Dounia AGE :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Hématurie microscopique
Antécédents de lithiase

CENTRE RADIOLOGIE ANFA
5, rue Ali Abderrazak
CASABLANCA
Tél : 94.97.97 - Fax : 94.97.99

EXAMEN DEMANDE

Echographie abdominale

DR. MAYY HAJJI
MEDECINE INTERNE
Tél : 94.97.97 - Fax : 94.97.99

DATE : le 12.06.2020