

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

## nditions 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.

## ique :

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

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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- 045210

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10314

Société : RAM 40877

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Béatrice PICARD

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 :  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 Nº P19-045210

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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 Étage 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° W19-561074 *(A)*

*en cours*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>10344</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <b>BouhFAICRI Mohamed</b>			
Date de naissance : <b>01/01/1968</b>			
Adresse : <b>Hay TISSIR II Passage 16 N° 176 Berrchid</b>			
Tél. : <b>0668197659</b>	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>02/09/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Bouhfaicri Fadila</b> Age : <b>51</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Affection gynéco-妇产</b>			
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.

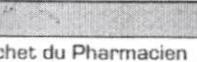
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie AL AYOUBI 1-3-5 Rue Abd El Madi BERYOUNI Jellil 9822</p>	22/09/20	126,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>EL ARKAM Fathia Médecin Radiologue DC 762, Bouskoura El Harti Cité Djamaa Casablanca 05 22 57 65 65</i>	02/09/20	Echo pelvien m.	400 DH

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES**

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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

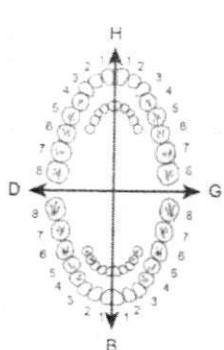
#### **MASTICATOIRE**

H	
4412	21433552
0000	00000000
0000	00000000
4411	11433553

—  
B

[Création, remont, adjonction]

concernant l'hygiène et la sécurité nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN : ATTACHEMENT A UN PROFESSIONNEL

Docteur Latifa Bousmar

Médecine Générale

- Diplômes Universitaires
- Diabétologie
- Hypertension Artérielle
- Echographie
- Médecine d'urgence

· Eléctro - Cardiogramme



الدكتورة لطيفة بوصمار

الطب العام

حاصلة على شواهد جامعية

داء السكري

ارتفاع الضغط الدموي

الفحص بالصدى

طب المستعجلات

Ordonnance

Casablanca le ..... ٢٢/٠٩/٢٠٢٢



نـ بنـ هـ فـ

37.00  
Draxol S.V. ١٤٧ x ٢٦

89.50  
Antiflex Roll on (٣٠٨)  
١٤٧ x ٢٦

126.50.  
PHARMACEUTICAL ALFAQ  
Tél. 0522 33 64  
Berrechid 135 route de Boulaq  
Latifa BOUSMAR  
Médecin généraliste  
Bd Driss EL HARTI, Rue 24 N°7, 1er Etage (au dessus Librairie Khalil) Messoudia  
شارع ادريس الحارثي زنة 24 الرقم 7 الطابق الأول (فوق مكتبة الخليج المسعودية قرية الجماعة البيضاء)

Bd Driss EL HARTI, Rue 24 N°7, 1er Etage (au dessus Librairie Khalil) Messoudia

Cité D'jamaâ - Casablanca - Tél : 05 22 59 54 71

Docteur Latifa Bousmar

Médecine Générale

- Diplômes Universitaires
- Diabétologie
- Hypertension Artérielle
- Echographie
- Médecine d'urgence

- Eléctro - Cardiogramme



الدكتورة لطيفة بوصمار

الطب العام

- حاصلة على شواهد جامعية
- داء السكري
- ارتفاع الضغط الدموي
- الفحص بالصدى
- طب المستعجلات
- تخطيط القلب

## Ordonnance

Casablanca le ..... 02/09/2025

Dr. Latifa BOUSMAR

Prise de force

une échographie pelv

( pt myome - surgras pré-  
endométriel ).

Latifa BOUSMAR  
Médecin généraliste  
Bd Driss EL HARTI, Rue 24 N°7, 1er Etage (au dessus Librairie Khalil) Messoudia  
Tél: 05 22 59 54 71

شارع ادريس الحارثي زنة 24 الرقم 7 الطابق الأول (فوق مكتبة الخليل المسعودية قرية الجماعة البيضاء)

Bd Driss EL HARTI, Rue 24 N°7, 1er Etage (au dessus Librairie Khalil) Messoudia

Cité D'jamaâ - Casablanca - Tél : 05 22 59 54 71

# **RADIOLOGIE SBATA**

**Facture N° : 2620/20**

Le : 02/09/2020

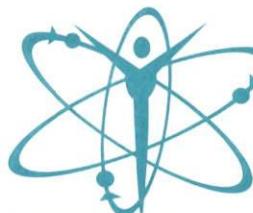
**Madame BOUHFID FADILA**

Examen : ECHO PELVIENNE

Montant : **400.00 DH**

## Quatre Cent Dirhams ##

Dr. EL ARKAM Fatna  
Médecin Radiologue  
RDC 762, Bd Driss El Harti  
Cité Djmaa Casablanca  
  
Tél/Fax : 05.22.57.65.65



**Docteur EL ARKAM Fatna**  
Médecin Radiologue

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

- Echographie - Doppler
- Echorraphie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

DATE LE : 02/09/2020

NOM & PRENOM : MME.BOUHFID FADILA

MEDECIN TRAITANT : DR.LATIFA BOUSMAR

**ECHOGRAPHIE PELVIENNE**

- Vessie de bonne capacité, ne présentant pas d'anomalie pariétale et endoluminale.
- Utérus globuleux mesure 125x67x56 mm, de contours réguliers.
- Formation hyperéchogène du myomètre corporéale postérieure, assez bien limitée, non vascularisée au doppler couleur et mesurant 43x23 mm
- Formation ovalaire endocavitaire corporéale, hyperéchogène, bien limitée, non vascularisée au doppler couleur responsable d'un épaississement endométrial à 12.2 mm ( 1<sup>er</sup> partie de cycle) et mesurant 20x9 mm de diamètre.
- Ovaires normaux.
- Absence d'épanchement du douglas.
- Absence de masse annexielle.

**AU TOTAL :**

- Utérus globuleux.
- Formation de 20x9 mm endocavitaire évoquant un polype sous muqueux.
- Formation de 43x23 mm du myomètre corporéale postérieure évoquant un myome.

CONFRATERNELLEMENT

Dr. EL ARKAM Fatna |  
Médecin Radiologue  
RDC 762 Bd. Driss El Harti  
Cite El Jemaa - Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 57 65 65 / Email : radiologie.sbata@gmail.com