

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 canalaire, 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 canalaire.

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 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° W19-476076

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	11233	Société :	1366
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MORCHID EL IDRISI SAMIR
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661885352 Total des frais engagés : 100 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : M. MORCHID EL IDRISI SAMIR Age : 40			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Infection urinaire			
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° W19-476076
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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/09/12	281,22

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>ASAN RADIOLOGIE</i>	<i>28/3/20</i>	<i>100%</i>	<i>4000</i>

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.

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'ODF.

***Docteur Sanâa
BENKIRANE Ep. HAMZA
Ex. Résidente à l'Hôpital
Ibn Rochd - Casa
PEDIATRE
Allergologie - Asthme***



الدكتورة ابن كيران سناء
زوجة حمزة
مقدمة سابقاً بمستشفى
ابن رشد بالدار البيضاء
خاصة في طب الأطفال
الحساسية - الضيقه

الدار البيضاء، في ١٩.٩.٢٠
Casablanca, le 19.9.20

9 or Indi Express SARA, 503

143,65 x 2

① OPEN up

62

287,2 1 4 2 1 1 1 4 j

PHARMACEUTICALS
Dr. Rachid NASRI
13 May Street
Tel: 022 9552872
Cité Comptal
Cité Hassan II
NASRI

Dr. Sanaya BUREWAL Ep. HANZALA
Fachärztin für Kinderärzte
Albert-Einstein-Strasse 36
13625 Berlin - Wannsee
Telefon 030 - 66 64 48 00
Telefax 030 - 66 64 48 01

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Orkrox 200 mg. cp. pel b 8
P.P.V : 143,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg. cp. pel b 8
P.P.V : 143,60 DH

Consultation à Domicile

235, bd Yacoub El Mansour, Résid. AlAnfal Imm. A, 3^{ème} étage. appt. n°7
Casablanca - Tél.: 05 22 94 56 11 - Gsm: 06 64 46 42 76

Docteur Sanâa
BENKIRANE Ep. HAMZA
Ex. Résidente à l'Hôpital
Ibn Rochd - Casa
PEDIATRE
Allergologie - Asthme



الدكتورة ابن كيران سناء

زوجة حمزة

مقيمة سابقاً بمستشفى
ابن رشد بالدار البيضاء

اختصاصية في طب الأطفال
الحساسية - الضيق

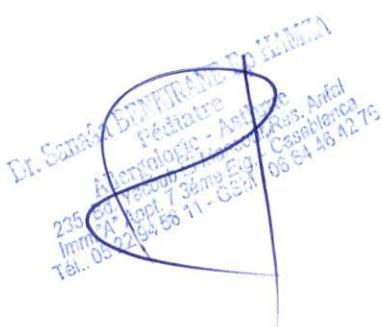
Casablanca, le ١٩.٩.٢٠ الدار البيضاء، في

Dr. Sanâa BENKIRANE

T. minage à l'âge de 1 mois

en physiothérapie
Administratif

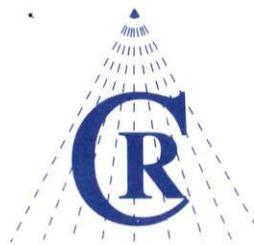
(reins 227)



CASA RADIOLOGIE
Drs. BENHADDOU BENYACHOU
119, Bd. Abdelmalek Essaïdi - Casablanca
Tél.: 05 22 27 44 27 12 / 06 61 67 46 72

Consultation à Domicile

235, bd Yacoub El Mansour, Résid. AlAnfal Imm. A, 3^{ème} étage. appt. n°7
Casablanca - Tél.: 05 22 94 56 11 - Gsm: 06 64 46 42 76



Casablanca le 23/09/2020

Médecin Traitant : **DR S. BENKIRANE**

Nom du patient : **MELLE MORCHID EL IDRISI SARA**

Examen Réalisé : **ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Bilan d'infections urinaires à répétition.

TECHNIQUE :

Examen réalisé avec un appareil ACUSON S1000 avec une sonde convexe.

RESULTATS:

Le foie est d'échostructure homogène, de taille normale. Ses contours sont réguliers avec absence d'image focale hépatique.

La vésicule biliaire est alithiasique et sa paroi n'est pas épaissie.

Les voies biliaires intra et extra-hépatiques ne sont pas dilatées.

Le pancréas est de morphologie normale, non épaissi.

La rate est d'échostructure homogène, de taille normale.

Pas d'épanchement péritonéal.

Les reins sont de situation normales; de contours réguliers, sans dilatation des cavités pyélocalicielles et sans image de lithiase.

La vessie est de contours réguliers.

Petit résidu post-mictionnel.

L'utérus est de taille normale.

Petits kystes ovariens simples infra centimétriques.

CONCLUSION:

Echographie sus-mésocolique normale en particulier, reins et vessie d'aspect normal.

Pas d'épanchement péritonéal.

Bien confraternellement à vous.

DR Y. BENHADDOU

CASA RADIOLOGIE
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tel: 05 22 27 44 97/97 77 44 700 01 97 49 72



Casablanca, le 23/09/2020

FACTURE :07958/2020

Nom & Prénom : **MORCHID EL IDRISI SARA**

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE1	
Montant TOTAL	400 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
QUATRE CENTS (400 DH)

CASA RADILOGIE
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél.: 05 22 27 44 27 77 44 06 61 67 46 72