

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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° W19-458105

ND 51821

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3218			
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : BELJID ZAINA			
Date de naissance : 18/12/54			
Adresse :			
Tél. : 0661389556 Total des frais engagés : 1350.00 DHS			

Cadre réservé au Médecin	
Dr. Salah Eddine RAQIM Cardiologue Av. Hassan II, 1mm. Ifrane 3 AGADIR Tél./fax: 05 28 84 84 10	
Date de consultation : 19/12/2020	Age:
Nom et prénom du malade : BELJID ZAINA	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : HTA DNO 32M+ pulm. corona	
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 : Agadir

Signature de l'adhérent(e) : ARCUER

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-458105

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 : 3218
Nom de l'adhérent(e) : BELJID ZAINA
Total des frais engagés : 1350.00 DHS
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
15/11/20	C2		G	INP : 11111111111111111111 Dr. M'hamed Eddine RAOUFI Cardiologue Bassan II, 1imm. Tel: 0524 28 11 11 Fax: 0524 28 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ROUQUINET AGADIR TLM : 0499 625 282 TELE : 0499 625 282 FAX : 0499 625 505	19/11/20	TDM Abdo	1300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

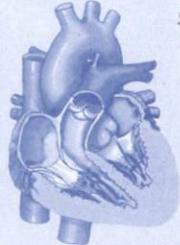
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
D.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	<input checked="" type="checkbox"/>		00000000 35533411	00000000 11433553	B	D	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
<input checked="" type="checkbox"/>														
00000000 35533411	00000000 11433553													
B	D													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										



Docteur Salah Eddine RAQIM
Cardiologue

Diplôme d'échocardiographie (Trans thoracique,
Transoesophagienne, Stress echo
Cardiologie Pédiatrique) à BORDEAUX
Echo Doppler vasculaire (LILLE)
Holter (tensionnel et rythmique)



الدكتور صلاح الدين رقيم

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
دبلوم الفحص بالصدى ببوردو وليل
الشخص الآلي للقلب والشرايين
أمراض القلب الخلقية

AGADIR LE :

٢٠١١/١٢/٢٠٢٠

Dr. Hassan. D. Inab

DIRSD + HFA +

toux sèche / rhag

=> Scanner

1 week

Av. HASSAN II
Imm. IFRANE III
Agadir

Tél./Fax: 05 28 84 84 10

Votre R.D.V le :

Dr. Salah Eddine RAQIM
Cardiologue
AV. Hassan II, Immeuble IFRANE 3
AGADIR
Tél./Fax: 05 28 84 84 10

موعدكم يوم :

شارع الحسن الثاني إقامة إفران III - أكادير



RADIOLOGIE NUMÉRISÉE - ECHOGRAPHIE - ECHODOPPLER - PONCTIONS GUIDÉES - MAMMOGRAPHIE NUMÉRIQUE
SCANNER MULTIBARETTE BIG BORE - IRM HAUT CHAMP 1.5T - OSTÉODENSITOMETRIE

Dr. HAMID Khadija

Médecin Radiologue

د. حميد خديجة

أخصائية في الفحص بالأشعة

Agadir , le 19/11/2020

Nom Prénom : BELJID ZAINA

TDM THORACIQUE**TECHNIQUE :**

Examen réalisé en coupes millimétriques de 1.25 mm sans injection de produit de contraste.

RESULTAT :

Petits foyers en verre dépoli de distribution sous pleurale de façon bilatérale et asymétrique non confluents prédominant au niveau du segment ventral du LSD , segment externe de lingula et en postéro basal gauche .

Foyer de DDB kystiques du segment ventral du LSD (S2)

Pas pneumonie « organisée »

Aspect normal des bronches.

Pas d'épanchement pleural

Pas d'anomalie évidente de la paroi thoracique.

Absence d'adénopathie médiastinale ou hilaire de volume significatif

Absence d'épanchement péricardique.

CONCLUSION :

Aspect TDM d'une pneumopathie virale type « covid » avec une atteinte « minime » estimée < 10 %

Foyer de DDB du segment ventral du LSD (S2)

Dr. HAMID Khadija
Radiologie

CENTRE D'ONCOLOGIE ATLANTIQUE
Lots. 624 et 625 Extention Tilila Tikiouine AGADIR
Tél: 0528289050/51/ Fax: 0528289052
KNPE: 041225632

RADIOOTHERAPIE - CONFORMATIONNELLE + VMAT • CURIOTHERAPIE HAUT DEBIT • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE •
RADIOLOGIE (IRM, SCANNER, MAMOGRAPHIE) • SOINS INTENSIFS • REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS
DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Agadir Le : 19/11/2020

Facture N° 3159/20

Etablie par IMANE RADIOLOGIE Page 1/1

Identification

N° Dossier : X0K195436

N° Identifiant : 20112067/20

Nom & Prénom : BELJID ZAINA

C.I.N. : J31048

Date Début : 19/11/2020

Date Fin : 19/11/2020

Adresse : NR 03 IMM 34 PORG TIGHMI AV DES FAR

Traitemet : Bilan radiologique

Médecin : HAMID KHADIJA

Prestations

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

IMAGERIE MEDICALE

Tdm thoracique	1	1.300,00		1.300,00
Total Rubrique :				1.300,00

PARTIE CLINIQUE :

TOTAL FACTURE	1.300,00
----------------------	-----------------

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille trois cents Dirhams

Cachet et signature

CENTRE D'ONCOLOGIE ATLANTIQUE
Lots. 624 et 625, Extension TILILA
TIKIOUINE AGADIR

Tél: 05 28 28 90 50 / 51 / 52



INPE : 040063570