

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.

Éducation :

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° P19- 0041486 / 3621

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03621

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOURKIA ABDELGHANT

Date de naissance : 06/24/1960

Adresse : 107 Lot WAFRA DEROU

Tél : 06.61.330.889

Total des frais engagés : 1033,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

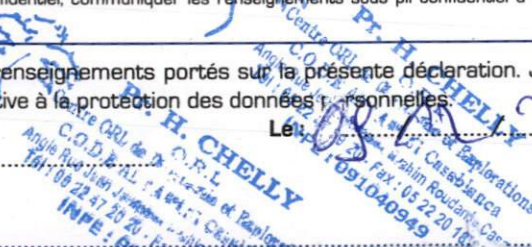
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Lévé :

Signature de l'adhérent(e) :



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
09/12/2013			3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/12/13	133,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/12/13		600

AUXILIAIRES MEDICAUX

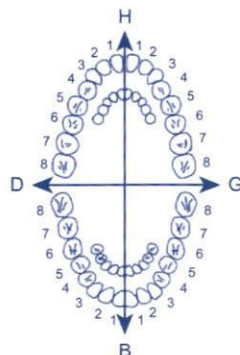
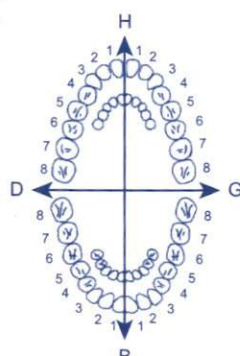
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</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		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

code

AL FARABI

مركز فحوصات وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca le 9/12/2020

Madame

RACHIDA ZITIOU

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

LEVOTHYROX 25

1 et 1/2 Cp le matin à jeun 30 minutes avant le petit déjeuner
pdt 3 mois à la même heure de préférence

MAGMINE Cp

1 cp le soir au coucher pendant 1 mois

Professeur H. CHELLY

O.R.L.
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations
C.O.D. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091040949



Angle

Boulevard Brahim Roudani
&

7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20

0522 47 30 30

0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

codealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

ORL

Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص

MB768 0923
LOT
PER
Prix 99.00

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335

Dr . BENNOUNA Mohamed Fouad

- Scanner Multibarrette : Corp entire en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur, Energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Dentaire • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca le 29/12/2020

FACTURE
N° 5106/20

ZITIOUI RACHIDA

EXAMEN	MONTANT
ECHOGRAPHIE CERVICALE	600 DHS

Adresse : Angel- Bd.Brahium Roudani et Rue Jean Jaures N°8 Casablanca - **Tél.:** 0522490003

Patente N° : 35547765 - **I.F. :** 1051982 - **N° d'Affiliation C.N.S.S :** 7494248 **ICE N° :** 001714794000020

Site Web : www.radiologieandalouss.com

Dr . BENNOUNA Mohamed Fouad

- Scanner Multibarrette : Corp entire en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur, Energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Dentaire • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca, le 29/12/2020

MEDECIN TRAITANT : PR.CHELLY

NOM & PRENOM : MME ZITIOUI RACHIDA
EXAMEN : ECHOGRAPHIE CERVICALE

TECHNIQUE :

Examen réalisée à l'aide d'un appareil SAMSUNG RS 80 A à l'aide d'une sonde de 12 MHZ.

RESULTATS :

- Antécédent de lobo-isthmectomie gauche. La loge du lobe thyroïdien gauche est libre.
- Le lobe thyroïdien droit est de taille normale, d'échostructure homogène, mesurant 20.1 x 40.2 x 17.5 mm soit un volume de 7.43 ml.
- Glandes sous- maxillaires d'aspect échographique normal.
- Absence d'adénopathies cervicales.
- Présence d'une plaque athéromateuse au dépend de la paroi postérieure de la carotide primitive droite, mesurant 3.1 x 0.9 mm.

AU TOTAL :

- Antécédent de lobo-isthmectomie gauche. La loge du lobe thyroïdien gauche est libre.
- Plaque athéromateuse au dépend de la paroi postérieure de la carotide primitive droite

Confraternellement,

Adresse : Angel Bd.Brahium Roudani et Rue jean jaures N°8 Casablanca Tél : 0522490003

Patente N° : 35547765 - I.F. : 1051982 - N° d'Affiliation C.N.S.S : 74942481 CE N° : 001714794000020

Site Web : www.radiologieandalouss.com

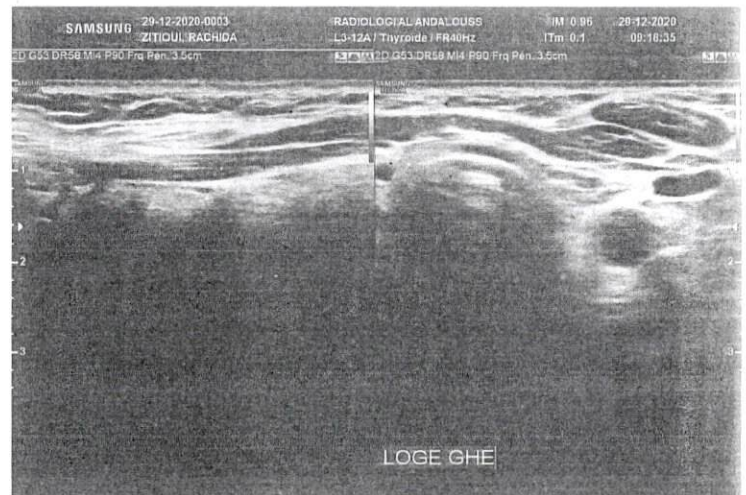
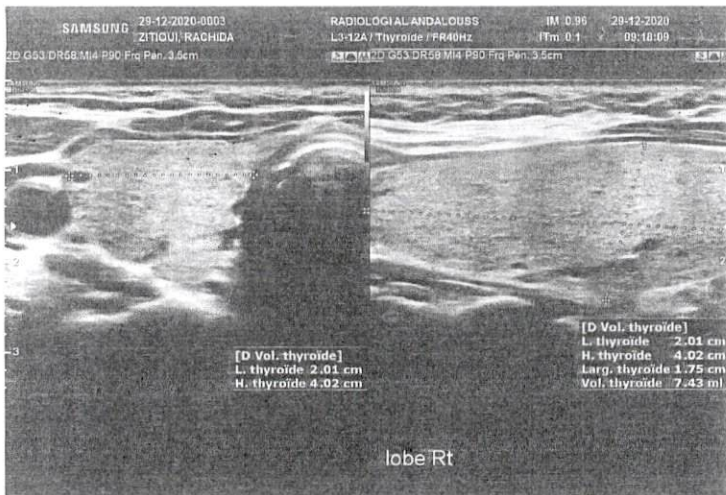
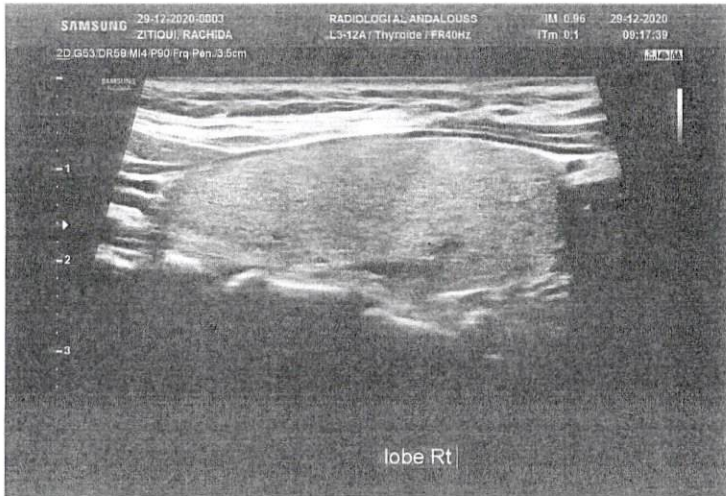
RADIOLOGIE AL ANDALOUSS
Dr. BENNOUNA Mohamed Fouad
Angle Bd. Brahium Roudani et
Rue Jean Jaures N°8 Casablanca
Tél : 0522490003

Patient

N° 29-12-2020-0003
 Nom ZITIOUI, RACHIDA
 D. naissance
 Sexe

Examen

N° d'accès
 Date 29122020
 Description
 Echographiste



Patient

N° 29-12-2020-0003
 Nom ZITIOUI, RACHIDA
 D. naissance
 Sexe

Examen

N° d'accès
 Date 29122020
 Description
 Echographiste

