

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être fidèlement 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-778909



Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13420

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OLA BARRAMOU

Date de naissance : 30/01/1993

Adresse : Rue Ibnou Jallal les hôpitaux Cossette

Tél. : 0660344104

Total des frais engagés : 1403,00 Dhs

Optique

Autres

44880

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ahmed EL GHISSASSI
Dermatologie - Vénérologie
53, Résidence le Minaret
Rue Aman, 5ème Etage - Rabat
Tél. 05 37 72 20 32 / 72 82 68

Date de consultation : 19/01/2022

Nom et prénom du malade : Barramou

Age : 1993

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dr V m'h

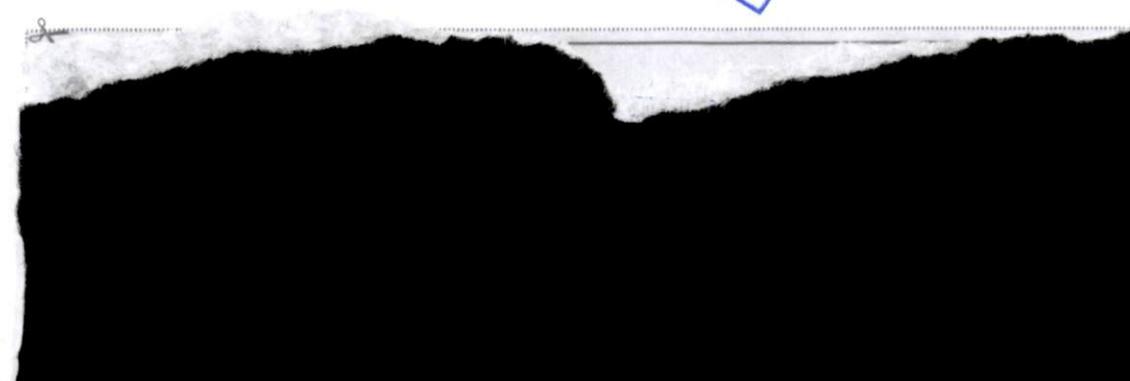
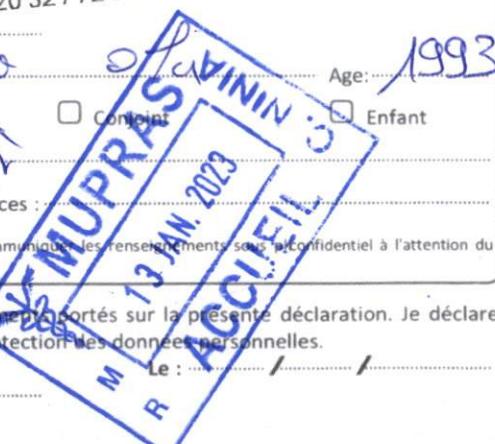
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous brouillon 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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19/11/22 | G | | 300,00 | INP : 101080128 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

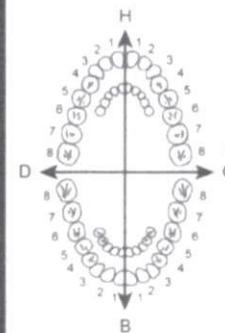
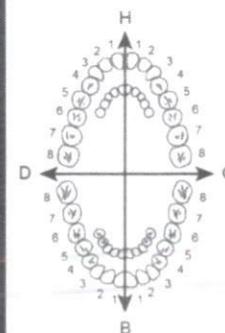
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Radiologique 28/11/22 2021-11-28 14:52:17 | 30/11/22 | KF + KF | 1100,00 |

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.

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|
|  O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |

Rabat le :

19/11/2028
الرباط في

DEA Bérrir Mr :

Echographie et douleur

Palvisum et hyperdram
Echographie

Radiologie Chandi 26^e
262, El Chandi
Tél: 05 22 77 46 45

Dr Ahmed EL GHISSASSI
Dermatologie - Vénéréologie
53, Résidence le Minaret
Rue Amman Yougoslavie
Tél: 05 37 72 20 32 / 72 82 68

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Facture

N° : 5857/2022
Casablanca, le 30/12/2022

Nom patient : **BARRAMOU OLA**

Examen(s) réalisé(s) :

| | |
|--------------------------------|---------------|
| ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne | 600 DH |
| ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE | 500 DH |

Montant : **mille cent (1100 dh)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE CENT DH

REGLEMENT : TPE


Radiologie Ghandi 282
282, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 77 45 45

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Casablanca, le 30/12/2022

Patient : **BARRAMOU OLA**

Prescripteur : Dr EL GHISSASSI AHMED

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne

- Foie de taille normale, de contours réguliers, homogène.
- VB libre, à paroi fine.
- Absence de dilatation des VBIH et VBEH.
- TP de calibre normal, perméable.
- Rate et pancréas d'aspect normal.
- Les 2 reins sont de taille normale, bien différenciés, sans dilatation des voies excrétrices.
- Absence d'adénopathies profondes de taille significative.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Vessie de bonne capacité, à paroi fine et à contenu homogène.
- Utérus de taille normale mesurant 7.2 cm de grand axe, homogène.
- Endomètre d'épaisseur et d'échostructure normales.
- Ovaies de volume normal mesurant 7 cc pour l'ovaire droit et 7.5 cc pour l'ovaire gauche contenant moins de 12 follicules.
- Absence de masse pelvienne.

CONCLUSION :

- Echographie abdomino-pelvienne ne révélant pas d'anomalie.
- Absence de signe de dystrophie ovarienne.

Cordialement
DR BENBOUBKER
DR. ROKIA BENBOUBKER
Radiologie Ghandi 282
INPE: 09120124

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Casablanca, le 30/12/2022

Patient : BARRAMOU OLA

Prescripteur : Dr EL GHISSASSI AHMED

ECHOGRAPHIE CERVICALE

- La glande thyroïde est de taille normale, et d'échostructure homogène, elle mesure :
 - Lobe droit : 4.8 x 1.2 x 1.2 cm.
 - Lobe gauche : 4.4 x 1.1 x 1.1 cm.
 - Isthme : 0.2 cm d'épaisseur.
 - Soit un volume de 6.5 cc.
- Le parenchyme thyroïdien présente une vascularisation harmonieuse au Doppler couleur.
- Présence au niveau du lobe thyroïdien droit en polaire inférieur de 2 petits nodules ovalaires bien limités, un solido-kystique de 7 x 6 x 5 mm et un isoéchogène de 4 x 3 mm.
- Absence d'adénopathies cervicales de taille significative.
- Glandes sub-mandibulaires et parotides d'aspect normal.
- Axes vasculaires libres.

CONCLUSION :

- Glande thyroïde de volume normal homogène siège de 2 petits nodules lobaires droits classés Eu Ti-RADS 3.

Cordialement
DR. ROKIA BENBOUBKER
Radiologie Ghandi 282
INPE: 091201244