

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- 07813

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 545 Société : 168100
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MASROUR Abdelrezak
 Date de naissance : 28/01/45
 Adresse : 32, B^e Kennedy Casa
 Tél. : 0661290969 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 30/01/2023
 Nom et prénom du malade : Mehdi Bouziane Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : m-a-b-a-d-e-s-y-s-t-e-m-e
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casa Le : 05/02/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
30.05.23	C5		2000	Dr. Hina Bouziane Spécialiste En Médecine Interne Bd Abdelkader, 1, 3ème Et. - 20100 - Casablanca Tel.: 05 22 25 59 86 - 06 94 31 45 57

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Hina Bouziane 05.22.25.13.87 / 05.22.25.13.02 / 05.22.25.13.01 05.22.25.13.87 / 05.22.25.13.02 / 05.22.25.13.01	05/06/23	Kuo & Kuo	2000

AUXILIAIRES MEDICAUX

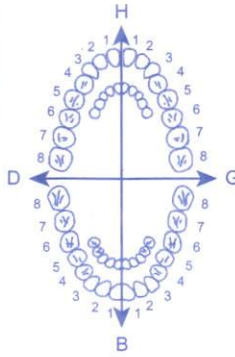
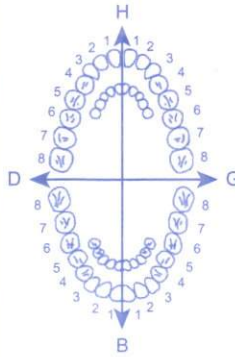
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 / 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 / 00000000 G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B 00000000 / 35533411 00000000 / 11433553 </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
						DATE DU DEVIS <input type="text"/>
						DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, Le 05/06/2023

Patient
Médecin traitant
Examen(s) réalise(s)

MEKOUAR SOUAD EP.MASROUR
DR BOUZIANE OUMGHARI HIND
ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE DROITE

COMPTE RENDU

Résultat :

Echostructure et épaisseur normales des tendons du sus-épineux et du sous-épineux ainsi que du sous-scapulaire.

Le tendon du long biceps est en place dans sa coulisse, d'épaisseur et d'échostructure normales.

Absence d'épanchement intra articulaire.

Absence d'épanchement au niveau de la bourse sous-acromiale.

Absence de signe de rupture partielle ou totale de la coiffe.

Les mouvements dynamiques n'ont pas révélé de signe de conflit sous-acromial.

Au total :

Echographie de l'épaule droite sans anomalie.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. A. ADIL





مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, Le 05/06/2023

Patient
Médecin traitant
Examen(s) réalisé(s)

MEKOUAR SOUAD EP.MASROUR
DR BOUZIANE OUMGHARI HIND
ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE GAUCHE

COMPTE RENDU

Résultat :

Epaississement capsulo-synovial des éléments de l'espace des rotateurs autour de la poulie du tendon du long biceps.

Absence d'épanchement intra-articulaire ou intra-bursal.

Absence d'anomalie des tendons de la coiffe des rotateurs.

Trophicité musculaire normale.

Aspect normal de l'interligne acromio-claviculaire.

Au total :

Aspect compatible avec une capsulite rétractile.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. A. ADIL

Dr. Abderrahim ADIL
RADIOLOGUE
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI
Casablanca
Tél : 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68
E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
RC : 15128 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

Dr Hind Bouziane Oumghari

Spécialiste en Médecine Interne
Lauréate de la Faculté de Médecine
de Casablanca et Bordeaux

Maladies de système - Rhumatologie
Grands syndromes - Pathologie vasculaire
Diabétologie - Nutrition - Gériatrie

د. هند بوزيان أومغاري

إختصاصية في الأمراض الباطنية
خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء و بوردو

الأمراض المجموعية - أمراض الروماتيزم
المتلازمات الكبيرة - أمراض الشرايين
داء السكري - التغذية - طب الشيخوخة

Casablanca, le : 30/5/2013

me Melkouar
Soud.

Echographie ostéo-
articulaire des
deux épaules
(bursite épaule ? ?
rupture bursienne ?)

Dr. Abderraham ADIL
RADIOLOGUE

Dr. Hind Bouziane
Spécialiste En Médecine Interne
Bd. Abdelmoumen, Rue Bachir Laalaj, N°9
Im. Oushmane 1, 3ème étage, N°17 - Casablanca
Tél: 05 22 98 59 86 - 06 94 31 55 57



مرکز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 05/06/2023

FACTURE N° : FA:00 5326/23
Nom : MEKOUAR SOUAD EP.MASROUR

Arrêtée la présente facture à la somme de : 800,00 Dhs

HUIT CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE GAUCHE 400,00 Dhs

ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE DROITE 400,00 Dhs

Total de : 800,00 Dhs

Mode de règlement CHEQUE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani - Maârif
20.100 - Casablanca
Tél: 0522.25.22.96 / 05.22.25.13.02 / 05.22.25.13.04
05.22.25.13.07 / 05.22.23.50.70 - Fax 05.22.23.50.55

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH

400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
Tél.: 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040