

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

- Reclamation : 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° P19-0025247

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2824 Société : 172545
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TAHRi JouTei Naïma
 Date de naissance : 05-04-1952
 Adresse : S18 - Hadj Fateh - ouffa - Casa
 Tél. : 0632 300367 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 04-07-2023
 Nom et prénom du malade : TAHRi JouTei Naïma Age : 71
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Syndrome de Bértholpe
 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 : 04 / 07 / 2023

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
de 04/07 2023	C2	001	400 000	
	3			

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
Centre de Radiologie El Oulad Bd. Dum Raimi - Rue 50 N°2 Casablanca - 20220 Tél : 05 22 93 04 93	02/07/23	Bilan Pa	300 00

AUXILIAIRES MEDICAUX

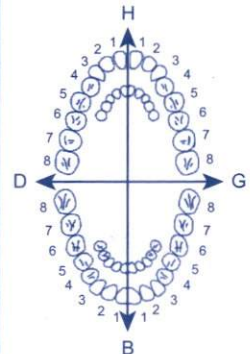
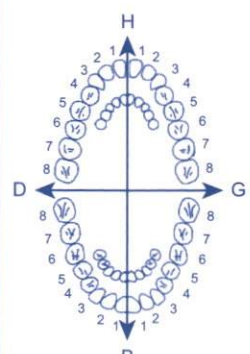
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</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 <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Mayy HAJJI

Diplôme d'Etat de Doctorat en Médecine
de l'Université de Bordeaux II
Professeur Agrégé

MEDECINE INTERNE

Jours et Heures de consultation :

de 9h à 12h et de 14h à 17h

SAUF le lundi toute la journée, le mardi matin
et le samedi après midi

الدكتورة مي حجي

شهادة الدولة في دكتوراة الطب

من جامعة بوردو II

أستاذة مبرزة

الطب الباطني

أيام وأوقات الاستشارة الطبية :

من التاسعة صباحا الى الثانية عشرة زوال

و من الثانية بعد الزوال الى الخامسة بعد الزوال

ماعدا يوم الاثنين كاملا ويوم الثلاثاء صباحا

ويوم السبت بعد الزوال

Casablanca, le 04 04 - 2023

Congrès national ophtalmologique
Cher Collègue,

Je vous adresse Madame
TANZI Tourbi Naïma 71
ans qui a une glaucome
sec (glaucome de Gonflement
déprouvé probable) à la
recherche de contre-indica-
tion avec Antiparkinson
de synthèse. Avec un

DR. MAYA HALL
MURDER INVESTIGATOR
120 E. DUNDEE ST. - CHS
CHS
ICE:001702/020000002

James G. Hall

Docteur Fatiha LASRI
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

Dr Bouchaïb EL MDARI
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 07/07/2023

PATIENT : TAHRI JOUTEI NAIMA
MEDECIN TRAITANT : DR. HAJJI Mayy
EXAMEN(S) REALISE(S) :

RX. GRIL COSTAL FACE :

- Déminéralisation osseuse.
- Absence de lésion costale d'allure traumatique.
- Absence de foyer parenchymateux évolutif.
- Culs de sac pleuraux libres.

RX. DES MAINS FACE :

- Déminéralisation osseuse avancée.
- Pincement articulaire avec condensation des berges des articulations interphalangiennes proximales et distales de façon bilatérale.
- Absence de signe de carpite.
- Érosions marginales au niveau des extrémités distales des phalanges proximales des 4^{ème} et 5^{ème} doigts gauches.
- Parties molles d'aspect normal.

Conclusion :

- Déminéralisation osseuse avancée.
- Remaniements osseux bilatéraux et asymétriques des articulations interphalangiennes d'allure rhumatismale, à confronter au reste du bilan.

Confraternellement
DR. ELMDARI BOUCHAIB

I.S**

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20720
Tél : 05 22 93 04 93

Dr Bouchaïb EL MDARI
Médecin Radiologue
Centre de Radiologie El Oulfa

CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 07/07/2023

FACTURE N°07221/2023

NOM & PRENOM: TAHRI JOUTEI NAIMA

EXAMEN	MONTANT
RX. GRIL COSTAL FACE RX. DES MAINS FACE	300 DH
TOTAL	300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :TROIS CENTS DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tél: 0522 93 04 93

Dr Bouchaib EL MDARI
Médecin Radiologue
Centre de Radiologie El Oulfa

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@.com

Dr HAJJI Mayy
MEDECINE INTERNE
120 Boulevard My IDRISS 1^{er}
CASABLANCA

Tel / Fax : 0 22 8638 13

TCE

001702702000002

IMP

091071001

EXAMEN RADIOLOGIQUE OU ECHOGRAPHIQUE

TAHRI Soufiane PATIENT

NOM : TAHRI SOUFIANE AGE : 71

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Articulaires Genouillère etc

EXAMEN DEMANDE

Radiographie des 2 mains etc

DATE : le 04.01.2022

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tel : 05 22 99 04 93

DR. MAYY HAJJI
MEDECINE INTERNE
120 BD. IDRISS 1^{er} CASA
IMP : 091071001
ICE:001702702000002

Dr HAJJI Mayy
MEDECINE INTERNE
120 Boulevard My IDRISS 1^{er}
CASABLANCA

Tel / Fax : 0 22 8638 13

TCE
004702702000002

IMP
091031001

EXAMEN RADIOLOGIQUE OU ECHOGRAPHIQUE

HAJJI SoutE

PATIENT

NOM : HAJJI SoutE PRENOM : Naima AGE : 71

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Douleur arcs antérieur et moyen
10, 11, et 12^{es} Côtes franches

EXAMEN DEMANDE

Radios du foie Côté gauche

DATE : le 04.07.2023

DR. MAYY HAJJI
MEDECINE INTERNE
120 Bd. My IDRISS 1^{er}
Casablanca - 2220
Tel : 091031001
004702702000002