

## 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

- 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-547869

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8223

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BOUJGA LEILA

Date de naissance : 08/06/1868

Adresse : 1037 Rue 35 lotissement CAIMAN 2

HAY HASSANI

Tél. : 0661188168

Total des frais engagés :

500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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.

18 SEP. 2023

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

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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

#### 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"/>																					
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</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 colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																							
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																							
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																							
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																									
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																									

Casablanca, Le08/09/2023

Patient  
Médecin traitant  
Examen(s) réalise(s)

BOUGJA LEILA  
DR SLAOUI KHALID  
ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

## COMPTÉ RENDU

RC : 54A / 3P / Sans antécédent sénologique personnel ou familial.

**Examen clinique** : Inspection et palpation mammaires bilatérales sans particularités.

## Résultats :

- Seins de volume symétrique, de structure globalement échogène, riche en tissu fibro-glandulaire.
  - Il n'est visualisé aucune masse kystique ou tissulaire, ni aucune zone d'atténuation du faisceau ultrasonore d'allure suspecte en projection des deux plages mammaires.
  - Les revêtements cutanés sont fins.
  - Absence d'image ganglionnaire d'allure suspecte visible au niveau des creux axillaires.

Au total :

- Examen normal ce jour.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. Naima BENJELLOUN

# Docteur Khalid Slaoui

Gynécologue - Obstétricien

Diplôme d'Etat de la Faculté de médecine de Reims

Ancien attaché au C.H.U de Reims

Gynécologie - Accouchements

Chirurgie Gynécologique

Stérilité - Echographie

**Sur Rendez-vous**

الدّكتور خالد السلاوي

اختصاصي في الأمراض النسوية والولادة

خريج كلية الطب برامس

بالمياد

04 SEP. 2023

Casablanca, le .....

Madame .... BOUSSA Leila

## \*\* ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

(A faire au décours des règles si patiente encore réglée)

Prière d'envoyer les résultats  
sur cette adresse e-mail  
[dr.slaouik@hotmail.fr](mailto:dr.slaouik@hotmail.fr)

Dr. Naima BENJELLOUN BABA  
RADIologue, SENologue  
CENTRE DE RADIOPATHOLOGIE  
100, Bd. d'Anfa - Casablanca  
Tél. : 0522 22 12 76 / 05 22 02 71  
E-mail : [dr.slaouik@hotmail.fr](mailto:dr.slaouik@hotmail.fr)

Dr. Khalid Slaoui  
Gynécologue - Obstétricien  
39 Bd. d'Anfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 12 76 / 22 02 71  
E-mail : [dr.slaouik@hotmail.fr](mailto:dr.slaouik@hotmail.fr)

Résidence Ibn Zaidoun - 1er étage Appartement 3B

89 - 91 Bd. d'Anfa - Casablanca

Tél. : 0522 22 12 76 / 05 22 02 71 - Fax : 0522 29 56 51

E-mail : [dr.slaouik@hotmail.fr](mailto:dr.slaouik@hotmail.fr)

URGENCES : Clinique Val d'Anfa 19, Bd. Franklin Roosevelt - Casablanca

ICE : 001597006000054

إقامة ابن زيدون الطابق الأول الشقة رقم 3 ب

91, شارع أنفا - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 29 56 51 - 0522 22 12 76 / 0522 22 02 71 - الفاكس : 0522 39 69 36 à 39 / 0522 39 60 10 à 13 / 0522 36 87 87 / 0522 79 01 00

Tél. : 0522 39 69 36 à 39 / 0522 39 60 10 à 13 / 0522 36 87 87 / 0522 79 01 00

INPE : 091130294

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUKI  
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 Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 08/09/2023

FACTURE N° : FA:00 8337/23

Nom : BOUGJA LEILA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 500,00 Dhs  
**CINQ CENTS DHS**

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

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE. 500,00 Dhs

Total de : 500,00 Dhs

Mode de règlement TPE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

