

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

- 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.

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° W19-547869

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8223 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUGJA LEILA A75578
 Date de naissance : 08/06/1968
 Adresse : 137 Rue 38 lotissement CAÏMAN 2
 HAY HASSANI CASA
 Tél. : 0661188148 Total des frais engagés : 509,00 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.

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 : Le : 18 SEP. 2023

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Centre de Diagnostic 400, rue de la République 13001 - Casablanca Roudani - Maarif 05 22 25 13 00 05 22 25 13 01 05 22 25 13 02 05 22 25 13 03 05 22 25 13 04 05 22 25 13 05 05 22 25 13 06 05 22 25 13 07 05 22 25 13 08 05 22 25 13 09 05 22 25 13 10 05 22 25 13 11 05 22 25 13 12 05 22 25 13 13 05 22 25 13 14 05 22 25 13 15 05 22 25 13 16 05 22 25 13 17 05 22 25 13 18 05 22 25 13 19 05 22 25 13 20 05 22 25 13 21 05 22 25 13 22 05 22 25 13 23 05 22 25 13 24 05 22 25 13 25 05 22 25 13 26 05 22 25 13 27 05 22 25 13 28 05 22 25 13 29 05 22 25 13 30 05 22 25 13 31 05 22 25 13 32 05 22 25 13 33 05 22 25 13 34 05 22 25 13 35 05 22 25 13 36 05 22 25 13 37 05 22 25 13 38 05 22 25 13 39 05 22 25 13 40 05 22 25 13 41 05 22 25 13 42 05 22 25 13 43 05 22 25 13 44 05 22 25 13 45 05 22 25 13 46 05 22 25 13 47 05 22 25 13 48 05 22 25 13 49 05 22 25 13 50 05 22 25 13 51 05 22 25 13 52 05 22 25 13 53 05 22 25 13 54 05 22 25 13 55 05 22 25 13 56 05 22 25 13 57 05 22 25 13 58 05 22 25 13 59 05 22 25 14 00 05 22 25 14 01 05 22 25 14 02 05 22 25 14 03 05 22 25 14 04 05 22 25 14 05 05 22 25 14 06 05 22 25 14 07 05 22 25 14 08 05 22 25 14 09 05 22 25 14 10 05 22 25 14 11 05 22 25 14 12 05 22 25 14 13 05 22 25 14 14 05 22 25 14 15 05 22 25 14 16 05 22 25 14 17 05 22 25 14 18 05 22 25 14 19 05 22 25 14 20 05 22 25 14 21 05 22 25 14 22 05 22 25 14 23 05 22 25 14 24 05 22 25 14 25 05 22 25 14 26 05 22 25 14 27 05 22 25 14 28 05 22 25 14 29 05 22 25 14 30 05 22 25 14 31 05 22 25 14 32 05 22 25 14 33 05 22 25 14 34 05 22 25 14 35 05 22 25 14 36 05 22 25 14 37 05 22 25 14 38 05 22 25 14 39 05 22 25 14 40 05 22 25 14 41 05 22 25 14 42 05 22 25 14 43 05 22 25 14 44 05 22 25 14 45 05 22 25 14 46 05 22 25 14 47 05 22 25 14 48 05 22 25 14 49 05 22 25 14 50 05 22 25 14 51 05 22 25 14 52 05 22 25 14 53 05 22 25 14 54 05 22 25 14 55 05 22 25 14 56 05 22 25 14 57 05 22 25 14 58 05 22 25 14 59 05 22 25 15 00 05 22 25 15 01 05 22 25 15 02 05 22 25 15 03 05 22 25 15 04 05 22 25 15 05 05 22 25 15 06 05 22 25 15 07 05 22 25 15 08 05 22 25 15 09 05 22 25 15 10 05 22 25 15 11 05 22 25 15 12 05 22 25 15 13 05 22 25 15 14 05 22 25 15 15 05 22 25 15 16 05 22 25 15 17 05 22 25 15 18 05 22 25 15 19 05 22 25 15 20 05 22 25 15 21 05 22 25 15 22 05 22 25 15 23 05 22 25 15 24 05 22 25 15 25 05 22 25 15 26 05 22 25 15 27 05 22 25 15 28 05 22 25 15 29 05 22 25 15 30 05 22 25 15 31 05 22 25 15 32 05 22 25 15 33 05 22 25 15 34 05 22 25 15 35 05 22 25 15 36 05 22 25 15 37 05 22 25 15 38 05 22 25 15 39 05 22 25 15 40 05 22 25 15 41 05 22 25 15 42 05 22 25 15 43 05 22 25 15 44 05 22 25 15 45 05 22 25 15 46 05 22 25 15 47 05 22 25 15 48 05 22 25 15 49 05 22 25 15 50 05 22 25 15 51 05 22 25 15 52 05 22 25 15 53 05 22 25 15 54 05 22 25 15 55 05 22 25 15 56 05 22 25 15 57 05 22 25 15 58 05 22 25 15 59 05 22 25 16 00 05 22 25 16 01 05 22 25 16 02 05 22 25 16 03 05 22 25 16 04 05 22 25 16 05 05 22 25 16 06 05 22 25 16 07 05 22 25 16 08 05 22 25 16 09 05 22 25 16 10 05 22 25 16 11 05 22 25 16 12 05 22 25 16 13 05 22 25 16 14 05 22 25 16 15 05 22 25 16 16 05 22 25 16 17 05 22 25 16 18 05 22 25 16 19 05 22 25 16 20 05 22 25 16 21 05 22 25 16 22 05 22 25 16 23 05 22 25 16 24 05 22 25 16 25 05 22 25 16 26 05 22 25 16 27 05 22 25 16 28 05 22 25 16 29 05 22 25 16 30 05 22 25 16 31 05 22 25 16 32 05 22 25 16 33 05 22 25 16 34 05 22 25 16 35 05 22 25 16 36 05 22 25 16 37 05 22 25 16 38 05 22 25 16 39 05 22 25 16 40 05 22 25 16 41 05 22 25 16 42 05 22 25 16 43 05 22 25 16 44 05 22 25 16 45 05 22 25 16 46 05 22 25 16 47 05 22 25 16 48 05 22 25 16 49 05 22 25 16 50 05 22 25 16 51 05 22 25 16 52 05 22 25 16 53 05 22 25 16 54 05 22 25 16 55 05 22 25 16 56 05 22 25 16 57 05 22 25 16 58 05 22 25 16 59 05 22 25 17 00 05 22 25 17 01 05 22 25 17 02 05 22 25 17 03 05 22 25 17 04 05 22 25 17 05 05 22 25 17 06 05 2</p>			

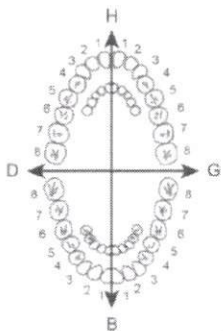
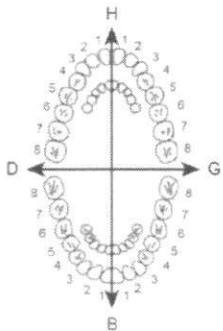
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OOF.

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"/>
O.O.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, Le 08/09/2023

Patient	BOUGJA LEILA
Médecin traitant	DR SLAOUI KHALID
Examen(s) réalisé(s)	ECHOGRAPHIE MAMMAIRE.

COMPTE 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

Dr. Naima BENJELLOUN
RADIOLOGUE - SPÉCIALISÉE
CENTRE - ROUBAIX
409, Bd Erasme Roubaix - Mairie
59000 ROUBAIX
03 20 40 10 10 / 03 20 40 10 11
03 20 40 10 12 / 03 20 40 10 13

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

الدكتور خالد السلاوي

اختصاصي في الأمراض النسوية و الولادة

خريج كلية الطب برامس

بالمعاهد

04 SEP. 2023

Casablanca, le

Madame... *BOUGSALETA*

**** 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

Dr. Naïma BENJELLOUN BERBAH
RADIOLOGUE - SEROLOGUE
400, Bd. B. d'Anfa - Casablanca
Tél: 0522 22 12 76 / 0522 22 02 71
Fax: 0522 29 56 51
E-mail: dr.slaouik@hotmail.fr

Docteur Khalid SLAOUI
Gynécologue - Obstétricien
89, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél: 0522 22 12 76 / 22 02 71
E-mail: dr.slaouik@hotmail.fr

Résidence Ibn Zaidoun - 1er étage Appartement 3B

89 - 91 Bd. d'Anfa - Casablanca

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

E-mail : 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

89 - 91, شارع أنفا - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 22 12 76 / 0522 22 02 71 - الفاكس : 0522 29 56 51

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

INPE : 091130294



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 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



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

400, Bd Brahimi 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