

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- 0048609

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1063 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : REZKI ABDELHAMIA
Date de naissance : 07-01-1950
Adresse : 607 COMMUNAL BORDJ EL N°102 HAY-HASSANI CASABLANCA
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 25/03/2024
Nom et prénom du malade : ZENASNI YAMINA EPOUSE REZKI Age : 1955
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : fibrome du pôle ovarien
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 : CASABLANCA Le : 25/03/2024
Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

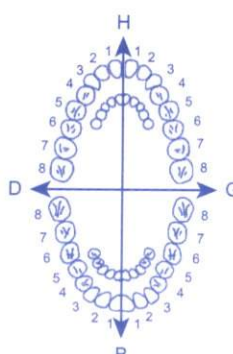
[REDACTED]

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

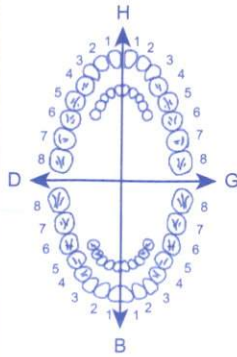
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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

[illegible]



PROFESSEUR

25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
35533411	11433553

B

**Coefficient
des Travaux**

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**Montants
des Soins**

**DATE DU
DEVIS**

**DATE DE
L'EXECUTION**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le : 25/03/2024

ZENASNI YAMINA

groupe obdominopelvicu

~~RADIOLOGIE
Angle Rue Letitien et Montaigne - Val Fleuri - Maârif - Casablanca - Tél: 05 22 23 40 14/15 - 05 22 23 42 73/74 - Fax: 05 22 23 42 75
Moulay Ali BOUCHDI
Anesthésiste Réanimateur
05 22 23 40 14/15 - 05 22 23 42 73/74 - Fax: 05 22 23 42 75~~

Casablanca le 25/03/2024

Nom / Prénom : ZENASNI YAMINA

TDM ABDOMINO-PELVIENNE

TECHNIQUE: Acquisition hélicoïdale sans injection de PDC, reconstructions MPR et MIP.

RESULTAT :

- Foie de volume normal, de contours réguliers, homogène, sans lésion focale décelable
- VB pleine, d'aspect scannographique normal.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra hépatiques et de la VBP.
- TP de calibre normal
- Pancréas, rate et surrénales d'aspect normal en dehors de quelques granulomes calcifiés spléniques.
- Rein droit de taille normale, de contours bosselés, siège d'une dilatation urétéropyélocalicielle minime dont la paroi présente un épaississement circonférentiel et irréguliers avec infiltration de la graisse autour et du fascia en regard.
- cet épaississement est plus marqué au niveau pyélique où il mesure 6.5mm d'épaisseur maximal.
- Rein gauche de taille normale, de contours bosselés, homogène, sans dilatation des cavités excrétrices et siège d'un kyste médio-polaire à développement exophytique de 45mm de diamètre.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Absence d'épaississement pariétal digestif.
- Absence d'adénopathie abdominale profonde de taille significative.
- Utérus de taille et d'aspect normal
- Vessie pleine, à paroi fine et contenu homogène.

EN CONCLUSION

- aspect TDM d'une UHN minime droite avec épaississement pariétal des voies excrétrices d'aspect irrégulier : urétéropyélite ? origine suspecte ? aspect nécessitant la confrontation aux données d'une injection de PDC.

CORDIALEMENT.

CLINIQUE MAARIF



090003484

FACTURE N° 00793/24

CASABLANCA Le : 25-03-2024

Identification	
N° Dossier : 24C25032144	N°Identifiant : 015769/24
Nom & Prénom : Mme ZENASNI YAMINA	
C.I.N. : B213245	
Adresse : CITE DE LA COMMUNE BLOC 2 NR 112 H H CASA	

Organisme : Payant
Période d'hospitalisation
Date Entrée : 25-03-2024
Date Sortie : 25-03-2024

Médecin traitant
DR. ROCHDI MY ALI

Traitement
Consultation

Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
SCANNER ABDOMINO PELVIENNE		1	3 000,00			3 000,00
Sous Total						3 000,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS MILLE DIRHAMS						TOTAL GENERAL 3 000,00

CLINIQUE MAARIF
SERVICE RADIOLOGIE
Angle Rue Leligne et Montaigne
Val Fleuri Maarif - Casablanca
Tél: 05 22 23 40 14 / 05 22 23 42 75
Fax: 05 22 23 42 75