

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 canalaires, 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 canalaires.

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

N° W19-424921

ND : 32920

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8815	Société : Royal Air Maroc		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL ARAOUI MOHAMED			
Date de naissance : 28/05/1967			
Adresse : Wiam Wafa 1 les 1 Apt 15 OLIFIA, CASABLANCA, MAROC.			
Tél. : 06 97 96 58 18 Total des frais engagés : 106.3, 92 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 28/01/2020			
Nom et prénom du malade : KHAITIR AIT ABB			
Age: 61			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC <input type="checkbox"/> HADDOUK			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <input type="checkbox"/> ACCIDENT <input type="checkbox"/> CHUTE <input type="checkbox"/> CHOC			
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.			

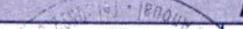
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :  Le : 28/01/2020

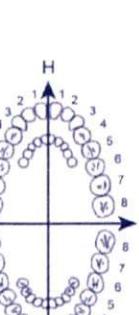


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/07/2010	G		15000	INP : 109108156 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/02/2020	33,20€ 

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/4/20	234+k35	880

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																	
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>												
					Coefficient des travaux <input type="text"/>												
					Montants des soins <input type="text"/>												
					Début d'exécution <input type="text"/>												
					Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
H	G																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	B																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
					Coefficient des travaux <input type="text"/>												
					Montants des soins <input type="text"/>												
					Date du devis <input type="text"/>												
					Date de l'exécution <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																	

Dr. Soumia KABBAJ EL AMRANI

Médecine Générale

Certificat de Gynécologie médicale

Diplôme Universitaire de Nutrition et de diététique

Diplômée en Echographie

Certificat de pose du Stérilet

E.C.G. Glycémie

الدكتورة سمية قباج العمراني

الطب العام

شهادة طب النساء

دبلوم التغذية و الخمية

دبلوم الفحص بالصدى

شهادة تركيب اللولب

التحطيط الكهربائي للقلب

و التحليل السكري

Casablanca, le : الدارالبيضاء :

28/01/2020

Mme Khatibi Ep Elaloui Aicha

— DEROXAT 20 CP

1 comprimé 2X/J pdt 03 mois

33,80

— COLPOTROPHINE OVULES

1ovule le soir

Expiry Date
02/2022
Lot#89

maphar
km 10, route colière 111
dans le hameau Zerara Aïn Ssabat
Casablanca - Maroc
C.P. 33000
Tél. 05 22 23 32 41 - CASA
6 118601 180691

33,80
DIPLOME
ELALOUI
SOUMIA KABBAJ
116 RUE ENNAHAS NAHOU
MAARIF CASABLANCA

Dr. SOUMIA KABBAJ
DIPLOME
TEL 05 22 23 32 41 - CASA

Dr. Soumia KABBAJ EL AMRANI

Médecine Générale

Certificat de Gynécologie médicale

Diplôme Universitaire de Nutrition et de diététique

Diplômée en Echographie

Certificat de pose du Stérilet

E.C.G. Glycémie

الدكتورة سمية قباج العمراني

الطب العام

شهادة طب النساء

دبلوم التغذية والحمية

دبلوم الفحص بالصدى

شهادة تركيب اللولب

التخطيط الكهربائي للقلب

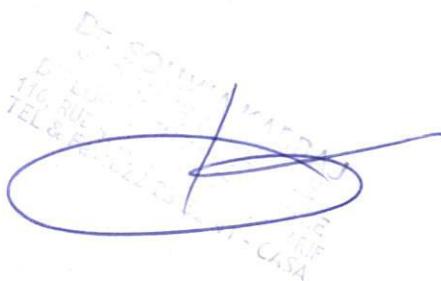
و التحليل السكري

Casablanca, le : الدار البيضاء :

28/01/2020

Mme KHATIBI EP ELALOUI Aicha

• ECHO MAMMOGRAPHIE



Dr Chakib BENNANI-SMires | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

Nº Admission : 20004760 Nº Facture : 20004668 Date facturati: 17/04/2020

Nom et prénom du patient : Mme KHATIBI AICHA

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
MAMMO+ECHO MAMMAIRE	1.00	880.00	880.00
			Sous-Total 880.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit cent quatre-vingt dirhams

Total : 880.00DH

Adhérent :	Part organisme :	0.00 DH
Mle :	Part patient :	880.00 DH
PC N° :		



www.anoual.ma | E-mail : anoual@menara.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 54 68
Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 72 92

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93
TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

Dr Chakib BENNANI-SMIRÉS | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
 Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 17 Avril 2020

DR KABBAJ EL AMRANI SOUMIA

MME. KHATIBI AICHA

COMPTE RENDU

MAMMOGRAPHIE NUMERISEE AVEC TOMOSYNTHÈSE

Incidence de face et obliques sur les deux seins

- Seins en involution lipomateuse.
- Présence de quelques calcifications éparses sans regroupement suspect intéressant les deux seins.
- Absence de lésion focale ou rupture architecturale visible à droite comme à gauche.
- Respect du revêtement cutané et sous-cutané.
- Opacités ganglionnaires bénignes des prolongements axillaires.

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE :

-L'exploration échographique ne montre aucune lésion kystique ou tissulaire aussi bien au niveau du sein droit que du sein gauche. A signaler une ectasie galactophorique au contenu clair rétro-mamelonnaire du sein gauche.
 -Il n'y a pas d'adénopathie axillaire des deux côtés.

Conclusion :

Mammographie et échographie mammaire ne révélant pas de lésion d'allure évolutive. ACR 2.

DR FARAJ HAMZA



www.anoual.ma | E-mail : anoual@mena.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11
 Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 29 00 | Fax : +212 522 86 29 00