

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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

Nº P19- 054721

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01026

Société : RAM 3963h

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Serbouti El ghazouani

Date de naissance :

1941

Adresse :

23B, Rue Tanger Cité de l'eau
Nouaïr, Casab

Tél. : 0668 779252

Total des frais engagés : 1109,40 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 : 20/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

The diagram illustrates the HDBS model's architecture as a 3D grid of nodes. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis is labeled 'D' on the left, and the depth axis is labeled 'B' at the bottom. The grid consists of numerous small circles representing nodes, arranged in a cubic pattern. The nodes are labeled with numbers (1-8) and letters (A-H) indicating their position along the D, H, and B axes.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

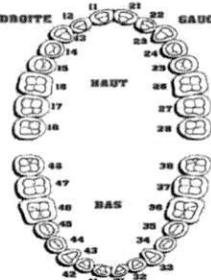
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
DROITE 12 11 21 22 GAUCHE			
14 15 16 HAUT			
17 18 19 20 21 22 BAS			
23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48			

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

DROITE 12 11 21 22 GAUCHE	H
14 15 16 HAUT	
17 18 19 20 21 22 BAS	
23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48	
(Création, Remont, adjonction)	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT NOM :

Mme

DECLARATION N° W17-137287

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



W17-137287

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme Conjointe

Signature de l'adhérent

Nom & Prénom : QUADIA RAHMA Sorbouhi

Signature de l'adhérent

Fonction : Retraite

Phones : Elghazouani

Mail : 06026 110668779252

Ass. Hadni

MEDECIN

Prénom du patient

QUADIA RAHMA

Adhérent Conjoint Enfant Age : DR. Rhin

DR. Rhin Date : 11/08/2020

Nature de la maladie

Al Nichef
Dr. A. de mouth Casablanca Date 1ère visite

Affection ORL

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C 23

11300 Dr. Rhin - Larvngologiste

PHARMACIE

Date : 11/08/2020

Montant de la facture

309,40



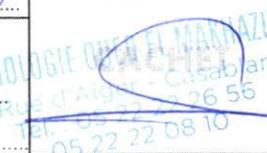
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : 11/08/2020

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

250

500M



AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

CACHET

Dr. Afaf REFASS-HADNI
Oto-Rhino-Laryngologiste

Médecin spécialiste en maladies & chirurgies
de l'oreille, du nez, de la gorge, de la face et du cou



د. عفاف الرفاص - حدني

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة
الأذن، الأنف، الحنجرة، الوجه والعنق

Casablanca le 11 Août 2020

Dr. Afaf Refass Hadni
Oto-Rhino-Laryngologiste
Al Miaraj Center Anoual 2ème Etage N° 23
et Bd. A'del'moumen 2ème Etage N° 23

Mme QUADIA RAHMA

63.20 X 2

ZYRTEC CP

87 ♂ 1 CP PAR JOUR LE SOIR pendant 1 Mois

RELAXIUM B6 300MG BT/30 GEL

63,20

96,00 1 GELULE PAR JOUR LE SOIR pendant 1 Mois

GUN HYDRAL BAIN DE BOUCHE

1 BDB 4 FOIS PAR JOUR

309,40

~~Dr. Afaf Refass Hadni
Oto-Rhino - Laryngologiste
Al Miaraj Center Anoual 2ème Etage N° 23
et Bd. A'del'moumen 2ème Etage N° 23
Casablanca~~



63,20

مجمع المعراج : ملتقى شارع أنوال وشارع عبد المؤمن ، الطابق الثاني، الرقم 23، البيضاء
محطة طرمواي عبد المؤمن (الخط الأول) أو أنوال (الخط الثاني)

Al Miaraj Center: Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2 ème Etage, N° 23 - Casablanca

Station tramway Abdelmoumen (la ligne 1) ou Anoual (la ligne 2)

E-mail : refassorl@gmail.com - Gsm: 0608 51 76 28 - Fixe : 0522 86 41 86



Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier

الدكتور خالد براادة السوني

خريج كلية الطب
بموباولي

CASABLANCA ,LE : 11/08/2020

I.R.M

SCANNER SPIRALE
CORPS ENTIER - 3D
Multi-barrettes

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE
Conventionnelle
Numérisée

RACHIS ENTIER
Numérisée

GONOMETRIE
Numérisée

ECHOGRAPHIE
pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE
Tomosynthèse

OSTEO-DENSITO
Biphotonique

PANORAMIQUE
DENTAIRE
Numérisée

TELERADIO A 4 M
Numérisée

CONE BEAM

RADIO - PHOTO

EXONEREE DE LA TVA

Facture N°: FA20/4977

REF.NN.

OUADI ARAHMA

ICE :

Désignation	Quantité	P.U	Montant
ECHOG CERVICALE	1,00	500,00	500,00

Total

500,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cinq cents Dirhams

Timbres fiscaux en cas de paiement en espèces

COMPTE BANCAIRE N° : 013780 01096 000105 001 05 48/ BMCI RUE D'ALGER CASABLANCA.
CNSS 1707572-PATENTE 35503945 IF 40400480 ICE 001598548000033

Dr. Afaf REFASS-HADNI
Oto-Rhino-Laryngologue

Médecin spécialiste en maladies & chirurgies
de l'oreille, du nez, de la gorge, de la face et du cou



د. عفاف الرفاص - حدني

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة
الأذن، الأنف، الحنجرة، الوجه والعنق

Casablanca le :

11/08/20

Ouadie Rahma

RADIOLOGIE QUED EL MAKHANZINE
12, Rue d'Alger Casablanca
Tel : 05 22 22 00 10
05 22 22 00 10

Suspicion de
Nodules thyroïdiens

~~Dr. Afaf Refass Hadni
Oto-Rhino - Laryngologue
Al Miaraj Center Angle Bd Anoual
et Bd Abdellmoumen 2ème Etage N° 23
Casablanca~~

→ Echographie
cervicale

مجمع المعراج : ملتقي شارع أنوال و شارع عبد المؤمن، الطابق الثاني، الرقم 23، البيضاء
محطة طمواي عبد المؤمن (الخط الأول) أو أنوال (الخط الثاني)

Al Miaraj Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2ème Etage, N° 23 - Casablanca
Station tramway Abdelmoumen (la ligne 1) ou Anoual (la ligne 2)
E-mail : refassor@gmail.com - Gsm : 0608 51 76 28 - Fixe : 0522 86 41 86



الغدري بالأشعة واد المخازن

Radiologie Oued El Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier

الدكتور خالد برادة السوني

خريج كلية الطب
بمونيولي

IR.M

CASA LE, 11.08.2020

SCANNER SPIRALE
CORPS ENTIER - 3D
Multi-barrettes

NOM : OUDIA RAHMA

DR.

RX: ECHOG CERVICALE

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE
Conventionnelle
Numérisée

L'exploration échographique du cou montre :

- Thyroïde de volume normal.
- Le lobe droit de la thyroïde mesure 1.6/2.1/3.5 cm, ce qui correspond à un volume de 6 ml.
- Le lobe gauche de la thyroïde mesure 1.2/1.4/4.5 cm, ce qui correspond à un volume de 4 ml.
- Isthme mesure 2,7 mm d'épaisseur.
- Elle est siège de 3 nodules spongiformes, polaires supérieurs droits, mesurant respectivement 4.5 mm, 4.3 mm et 4 mm, classés, **Eutirads 2**.
- Absence d'adénopathies cervicales de taille significative.
- Glandes sub-mandibulaires et parotides d'aspect normal.
- Axes vasculaires libres.

Conclusion :

- Nodules thyroïdiens droits, classé **EUTIRADS 2**.

MAMMOGRAPHIE
Numérisée

OSTEO-DENSITO
Biphotonique

PANORAMIQUE
DENTAIRE
Numérisée

TELERADIO A 4 M
Numérisée

CONE BEAM

RADIO - PHOTO

CONFRATERNITE MEDICALE AL MAKHAZINE
DR. BERRADA SOUNNI Casablanca

Tél. : 05 22 22 26 56
05 22 22 08 10

xium® B6

1 gélule par jour

magnésium
vitamine B6

87,00 DH

VOIE ORALE
30 GÉLULES

300 mg

300 mg

30 GÉLULES

Relaxium®
B6