

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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0001037

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **LI 665**

Matricule : **03215** Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

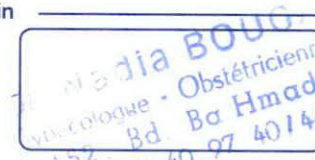
Nom & Prénom : **DOUZI Mohamed** Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **BOUSMARA AÏCHA** Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **A Prédi gynecol**

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 : **CASA** Le : **18 / 02 / 2020**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
15/02/2020		C2	20.000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
17, Rue Mohamed El Bahi BORDJ 0522 25 74 82 RADIOLOGIE MAXILLO-FACIALE	22/02/20	K40	5000H

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Nadia Bouga

Gynécologue - Obstétricien

DIPLÔMÉ DE LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE BRUXELLES U.L.B

ANCIEN ASSISTANT DES HÔPITAUX DE BRUXELLES

الدكتورة نادية بوغا

إختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب ببروكسيل

طبيبة سابقة بمستشفيات بروكسيل

15/04/2020
Casablanca, le :

Me BOUSNARA MICHA

AM Feleg
maison

Mis en G open 2015
éclatant lactant
14, 14;

RADIOLOGIE MAJIDE
BERRADA M.
17, Rue Mohamed Elmi
Tel : 0522 25 74 82
Fax : 0522 23 77 05

Dr Nadia BOUGA
Gynécologue
15
06-40.97.40/44

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.

Radiologue

Dr BENYAHIA Z.

Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 LF 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 22/02/2020

Facture

Nom & Prénom : BOUSMARA AICHA

Date d'examen : 22/02/2020

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE MAMMAIRE	
Montant TOTAL	500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CINQ CENTS DH

RADIOLOGIE DU MAARIF
BERRADA M.
17, Rue Mohamed BAH
Tél : 0522 23 74 82
Fax : 0522 23 77 05

Casablanca, le 22/02/2020

R/K

Mme. BOUSMARA AICHA
DR BOUGA NADIA

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE :

- Présence à l'union des quadrants inférieurs du sein gauche, en regard de la cicatrice opératoire, d'un nodule hypoéchogène hétérogène, grossièrement ovalaire, bien limité, mesurant 20 x 17 x 12 mm.
- Absence d'autre lésion nodulaire, kystique ou tissulaire décelable au niveau des deux seins.
- Absence d'ectasie canalaire notable notamment à gauche.
- Absence d'adénopathie axillaire suspecte notable.

AU TOTAL :

- **NODULE AU NIVEAU DU SITE OPÉRATOIRE À L'UNION DES QUADRANTS INFÉRIEURS DU SEIN GAUCHE (FOYER DE CYTOSTÉATONÉCROSE). À CONFRONTER AUX DONNÉES ANTÉRIEURES.**
- **ABSENCE DE LÉSION MAMMAIRE SUSPECTE DÉCELABLE PAR AILLEURS.**

Avec mes amicales salutations.

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADAL M. BENKAMAL
17, Rue Méd. Bahi
Tél : 0522.25.74.82
Fax : 0522.23.77 05