

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0039563

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03257

Société : 577321

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENZIKIS MINA

Date de naissance : 12/09/1955

Adresse : Habituelle

Tél. : 06 14 955 62 8

Total des frais engagés : 1300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Riad EL MOHIB
Chirurgie Générale
Coello - Chirurgie
Service de Chirurgie

Date de consultation : 15/01/2021

Nom et prénom du malade : BENZIKIS MINA

Age : 65 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Génie vasculaire

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 : 17/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
15-3-2021				Dr. RHOUD EL MOULIS Chirurgie Générale Chirurgie Orale Service de Chirurgie

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
RADIOLOGIE AL QUODS Bd al quods N° 697 Radiologiealquods@gmail.com Tel: 05 22 21 43 43	15/03/2021	Donnée	1300DT

AUXILIAIRES MEDICAUX

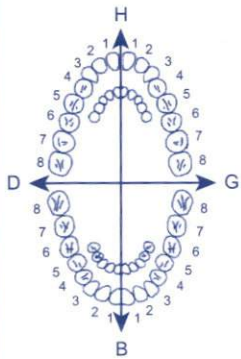
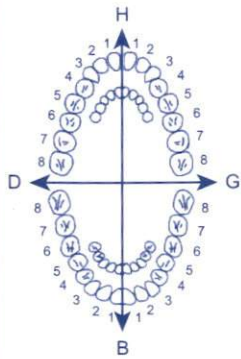
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient																						
					Coefficient des Travaux																					
					Montants des Soins																					
					Debut d'Execution																					
					Fin d'Execution																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																									
	<table><tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr></table>				H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient des Travaux
	H																									
	25533412	21433552																								
	00000000	00000000																								
	D		G																							
	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
	B																									
	[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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT
HAY HASSANI
CHP HAY HASSANI

Ordonnance

Casablanca, 15.01.2021

BAV376
Dr. Ziad EL MOHIB
Chirurgie Générale
Coelio - Chirurgie
Service de Chirurgie
Mina

TDM Thorax

(Suspicion COVID-19)

RADIOLOGIE AL QUODS
Bd al quods N° 697
Radiologiealquods@gmail.com
Tél: 05 22 21 43 43

Dr. Ziad EL MOHIB
Chirurgie Générale
Coelio - Chirurgie
Service de Chirurgie

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

- Diplômé de Paris Descartes
- Ex Médecin des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد أمين فتح الله

إختصاصي في الفحص بالأشعة

- خريج كلية الطب بباريس
- طبيب سابق بمستشفيات باريس

- Scanner Multibarettes
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Mammographie Numérisée

- Echographie Générale
- Echographie-Doppler Couleur
- IRM (Sur Rendez-Vous)

- Radiologie Interventionnelle (Scanner, Echographie, Sénologie)
- Radiologie Numérisée
- Radio - Photo

Casablanca , le 15/01/2021

Patiente : BEN ZIKIS MINA

Prescripteur: DR RIAD EL MOHIB

SCANNER THORACIQUE

INDICATION :

Suspicion de Covid-19.

TECHNIQUE :

Scanner hélicoïdal 16 barrettes GE Healthcare Optima 540 avec ASIR

Acquisition hélicoïdale multi coupe centrée sur le thorax sans injection de produit de contraste.

RESULTAT :

- Absence d'anomalie parenchymateuse pulmonaire d'allure évolutive.
- Troubles ventilatoires des deux bases pulmonaires, sous forme de bandes d'atélectasies
- Absence d'épanchement pleural.
- Absence d'adénomégalie médiastinale de taille significative décelée.
- Absence d'épanchement péricardique.
- Absence d'anomalie pariétale.
- Sur les coupes hautes de l'abdomen : On note la présence d'un kyste rénal gauche polaire supérieure, multiloculaire, siège de macrocalcifications.

AU TOTAL :

- Scanner thoracique sans anomalie significative décelée : à confronter aux données clinico-biologiques.
- À noter la présence d'un kyste rénal gauche, polaire supérieure, multiloculaire, siège de macrocalcifications.

Merci pour votre confiance .

Dr Mohamed amine Fathallah

Pour consulter les images, utilisez le lien : <http://102.53.2.201:8088/images>
Login : 18968
Mot de Passe : 8464

RADIOLOGIE AL QUODS
Bd al quods N° 697
Radiologiealquods@gmail.com
Tél: 05 22 21 43 43

~O~< @%!~Q ~H~:~A~@

- Scanner Multibarettes
- Echographie Générale
- Radiologie Interventionnelle (Scanner, Echographie, Senologie)
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie-Doppler Couleur
- Radiologie Numérisée
- Mammographie Numérisée
- IRM (Sur Rendez-Vous)
- Radio - Photo



091244798

Casablanca, le 15/01/2021

FACTURE N° : Note d'honoraire

Nom & Prénom : BEN ZIKIS MINA
Date d'examen : 15/01/2021

Examens	Honoraires
SCANNER THORACIQUE	1300 DH
NET A PAYER	1300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
MILLE TROIS CENTS DH

RADIOLOGIE AL QUODS
Bd al quods N° 697
Radiologiealquods@gmail.com
Tél. 05 22 21 43 43

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 21 43 43 - Fax : 05 22 21 43 43
E-mail : radiologiealquods@gmail.com - ICE : 002313947000064 - IF : 34001560