

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 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

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 Alial 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° W21-621124

CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8692

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

IRACI KARIM

Date de naissance :

01/01/1971

Adresse :

357 ENA GREEN TOWN BOUKOURA

Tél. :

0661296987

Total des frais engagés :

260 + 160

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Maha NASSAR
Pneumologue Allergologue
Infirm. Communale Angle Rte. d'Azemmour
et Bd. Abdellah Ben Hay Hassani
Porte Rte d'Azemmour 1er étage station africaine
Tél. 05 22 20 45 45 (LG) 05 22 22 78 18

Date de consultation :

03/01/2021

Nom et prénom du malade :

IRACI KARIM Age: 50

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/01/2021

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-621124

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
21/11/2011	6		25900	INP: 111111111111 Signature du Médecin Date: 21/11/2011 NAC

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
 Dr. Georges Léveillé RADILOGIE LÉVEILLÉ 17, RUE MÉDECIN TÉL.: 0522.235222	13/04/2021	Scanner, Réanguil	1500\$

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

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

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'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

FONCTIONNEMENT		NATURE DES TRAVAUX		COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000		35533411		11433553		B			
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
D																							
G																							
00000000																							
35533411																							
11433553																							
B																							
		<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																					
				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

Pneumologue Allergologue

Spécialiste des maladies de l'appareil respiratoire, Maladies allergologiques, Asthme, Tuberculose, Sevrage tabagique, Bronchoscopie



أخصائية أمراض الجهاز التنفسي،
أمراض الصدر والحساسية،
الربو، داء السل، الإقلاع عن التدخين
التشخيص بالمنظار

3 آذار 2021

Casablanca, le الدار البيضاء، في

Mr - Mme :

IRaqi Kawi

TOU flouape

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed Bahi
Tel : 0522 25 74 82
Fax : 0522 23 77 05

Docteur Maha NASSAF
Pneumologue Allergologue
Immeuble communal, Angle route Azemour
et Bd Abderrahman Hay Hassani
Porte R9 d'Azemour (en face station Afric)
Tél/Fax : +212 (0) 522 91 12 12

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 I.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 13/04/2021

Facture

Nom & Prénom : **IRAQI KARIM**
Date d'examen : 13/04/2021

Examen(s)	
SCANNER THORACIQUE	
Montant TOTAL	1500 DH

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

*RADIOLOGIE
BERRADA, M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed BAHI
Tél : 0522.25.24.44
Fax : 0522.23.77.82
2.23.77.82
2.23.77.82*



Dr. BENYAHIA Zakaria
C.E.S de Radiologie

Dr. BERRADA Mohamed
C.E.S de Radiologie

■ I.R.M. (1,5 Tesla)

■ SCANNER VCT
(64 Barettes)
Angioscanner
Coroscanner
coloscanner
Denta-Scanner

■ SCANNER
CORPS ENTIER

■ DENSITOMETRIE
BIPHOTONIQUE

■ RADIOLOGIE
NUMERIQUE

■ MAMMOGRAPHIE
NUMERIQUE

■ PANORAMIQUE
DENTAIRE
NUMERIQUE

■ ECHO-DOPPLER
COULEUR

16, Rue Mohamed BAHI
(EX. Rue Meissonier)
en face du bureau de pointage
des taxis - Maârif
20 100 Casablanca
Radiologie du Maârif :

Tél. : 05.22.25.74.82

05.22.25.30.30

05.22.23.79.34

Fax : 05.22.23.77.05

I.C.E : 001745076000019

Centre IRM du Maârif :

IRM : 05.22.23.23.12

05.22.99.30.31

Fax : 05.22.25.38.73

irm-maarif@hotmail.fr

I.C.E : 001744959000074

Patente : 34770967

I.F. : 1087675

عيادة طبية للفحص بالأشعة

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Casablanca , le 13/04/2021

MR. IRAQI KARIM
DR NASSAF MAHA

SCANNER SPIRALE THORACIQUE :

Techniques : Coupes axiales jointives de 5 mm sans injection du produit de contraste.

Résultats :

- Présence d'un ganglion médiastinal calcifié le long de la loge de baretty.
- Pas d'adénopathies médiastinales par ailleurs.
- Les fenêtres parenchymateuses montrent des lésions en « verre dépoli » prédominant au niveau des lobes inférieurs post COVID.
- Pas de processus de type tumoral.
- Pas d'épanchement pleural.

AU TOTAL :

- **LÉSIONS EN « VERRE DÉPOLI » PULMONAIRES BILATÉRALES PRÉDOMINANT AU NIVEAU DES LOBES INFÉRIEURS POST COVID AVEC UNE DIMINUTION SIGNIFICATIVE DE L'ÉTENDUE DES LÉSIONS PAR RAPPORT AU SCANNER INITIAL.**

Avec mes amicales salutations.

Dr.BENYAHIA Z.

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Med Bahi
Tél: 0522.25.74.82
Fax: 0522 23 77 05