

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.

Déclaration de Maladie

69251 N° W21-616226/2002
(En cours)

| | | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 2002 | | Société : R.A.M. | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | <i>BENZIANE ALI</i> |
| Nom & Prénom : BENZIANE ALI | | | |
| Date de naissance : 10-12-55 | | | |
| Adresse : Résidence AL HASSAN 2 Bd NEKKA AL HAFIDH | | | |
| Tél. : 066 716 2405 | | Total des frais engagés : 1000 Dhs | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Dr. Khalid YOUSSEFI Spécialité en ORL Clinique ORL 198, Bd. Ghandi Tel: 0522 99 42 41 Fax: 0522 99 42 40 | |
| Date de consultation : 19/03/2021 | |
| Nom et prénom du malade : AYAD BEN YOUSSEFI | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : <i>affection ORL</i> | |
| 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 : *DR YOUSSEFI* Le : *19/03/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *YOUSSEFI*

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19/03/2022 Cr | 1 | Oral | DR. KHAÏDÉ | INP : 0522 99 42 41 Spécialité en ORL Clinique ORL Beauséjour 198, Bd. Ghézali Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

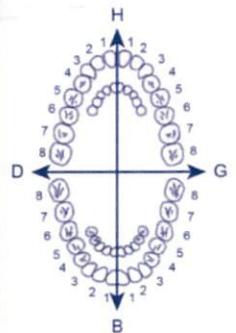
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------|------------------------|
| DSA RADIOLOGIE 9, Bd. Abderrahmane Benyacoub 0522 27 42 27 27 Casablanca | 19/3/21 | Ecoute Clyst | 1000 Dh |

AUXILIAIRES MEDICAUX

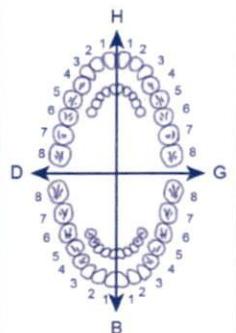
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | | |
| | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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

مصحة بوسيجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR

O.R.L.

Dr B. MOKRIM

Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI

O.R.L.

Immuno-allergologie

Dr M. BERRADA

SOUNNI

O.R.L.

Chirurgie Maxillo-Faciale
et Esthétique

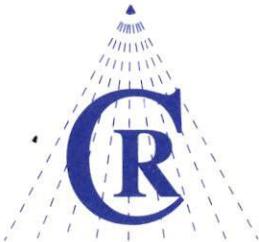
Q 19/03/2021

J-ADYEC Jamad

① TDI through

Dr. Khalid YOUSSEFI
Spécialiste en ORL
Clinique ORL Beausejour
198, Bd Ghandi
Tél: 0522 99 42 40 - 0522 99 42 40

CASA RADIOLOGIE
Drs. BENHADDOU / BENYACHOL
119, Bd. Abdelmalek - Casablanca
Tel: 05 22 27 44 27 / 05 66 61 67 46 / 2



Casablanca, le 19/03/2021

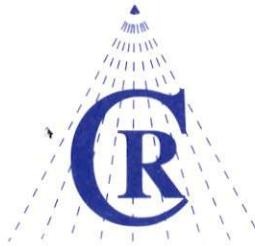
FACTURE N° 03006/2021

Nom & Prénom : **ADYEL JAWAD**

| Examen(s) | |
|----------------------|---------|
| SCANNER THORACIQUE | |
| Montant TOTAL | 1000 DH |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
mille (1000 DH)

CASA RADILOGIE
Dr BENHADDOU / BENYACHOU
11, Bd. Abdelmeumen - Casablanca
Tél. 05 22 27 10 10 / 05 22 27 44 27 / 05 22 27 77 44 - GSM : 06 61 67 46 72



Casablanca le 19/03/2021

Nom du médecin : **DR K. YOUSSEFI**

Nom du patient : **MR ADYEL JAWAD**

Examen Réalisé : **SCANNER THORACIQUE**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Bilan d'une petite gêne respiratoire.

TECHNIQUE :

Examen réalisé en acquisition volumique infra-millimétrique en coupes fines sans injection iodée.

RESULTATS :

En fenêtre médiastinale :

Pas d'image d'adénopathies médiastinales pathologiques.
Présence de petits ganglions médiastinaux calcifiés banaux.
Pas d'épanchement pleural ou péricardique.

En fenêtre pulmonaire :

On retrouve un foyer en « verre dépoli » postéro-basal interne à gauche, celui-ci existait sur l'examen de 2005, il a doublé de volume.
Il n'a pas changé de volume par rapport à un examen de 3 mois.
Présence d'un nodule calcifié pulmonaire à gauche.
Petites bronchectasies au niveau de la lingula.

Sur les coupes passant par l'abdomen :

Pas de lésion viscérale hépatique, splénique ni pancréatique.
ATCD de cholécystectomie sans dilatation des voies biliaires et sans image de calcul cholédocien.
Pas de masse surrénalienne.
Pas d'hydronéphrose.

En fenêtre osseuse, lésions dégénératives vertébrales étagées.

CONCLUSION :

Petit foyer en « verre dépoli » de 12 à 13mm postéro-basal interne gauche associé à des adénopathies séquellaires, nodule calcifié gauche et un foyer de bronchectasies au niveau de la lingula

Bien confraternellement à vous.
DR K. BENYACHOU