

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.

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 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

N° M20- 0006538

☒ Maladie

☐ Dentaire

74305 ☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2714 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TRACHLI MOHAMED
Date de naissance : 24/08/1985
Adresse : 1027 RITA M WADLOU DES ALMEI CALIFORNIE CAS
Tél. : 464168 Total des frais engagés : 18000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 / 03 / 2021
Nom et prénom du malade : M^{re} MEGZAKI HANANE Age : 36

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 : CAS Le : 19 / 03 / 2021

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
19/03/2014	C	1	300	

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
	08/06/14	2 150	1500

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 de

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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 Tijani TAK-TAK

Spécialiste en Médecine Interne
Ancien Interne des Hôpitaux
de Marseille

الدكتور التيجاني طوق طوق
اختصاصي في الطب الباطني

Cas le 19/03/2021

M^{re} MEGZARI

HANANE

1/ TDM Ho r2

CENTRE RADIOLOGIE ANTA
5, rue Ali Abderrazak
CASABLANCA

Tél.: 0522 94 97 97 // 98 // 99

Docteur Tijani Tak Tak
Spécialiste en Médecine Interne
17, Place Pasteur - Casablanca
Tél: 0522 26 90 61 - GSM: 06 62 02 03 01
Email: tijani-taktak@hotmail.com

17, Place Pasteur, 1^{er} étage n° 11 - Casablanca - Tél.: 05 22 26 90 61 - GSM: 06 62 02 03 01

17, ساحة باستور الطابق الأول، رقم 11 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 26 90 61 - النقال: 06 62 02 03 01

E-mail: tijani-taktak@hotmail.com

Docteur Jawad EL AOUD

Ancien Interne en Titre des Hôpitaux de Montpellier
Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
D.E.S de Radiologie
Membre de la Société Française de Radiologie
Docteur d'Etat en Médecine



مركز أنفا للفحص بالأشعة
CENTRE RADIOLOGIE ANFA

Casablanca, le 08/06/2021

Patient : MEGZARI HANANE
Prescripteur: DR TAK TAK TIJANI

SCANNER THORACIQUE

Mon cher confrère,

Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.

Examen réalisé sur un scanner multibarettes General Electric ACT 16/32 mis en service en janvier 2021.

Indication :

Bilan d'une sarcoïdose type 2 après 6 mois de traitement.

Technique :

Acquisitions hélicoïdales en coupes millimétriques (Low dose) balayant le thorax sans injection du produit de contraste.

Résultats :

Pas d'anomalie parenchymateuse focalisée.

Pas de syndrome de condensation alvéolaire.

Pas d'hyperdensité parenchymateuse en verre dépoli.

Pas de lésion nodulaire.

Pas d'épanchement liquidien ou gazeux de la plèvre.

Silhouette cardiaque de morphologie normale.

Présence d'adénomégalies médiastinales bilatérales basses symétriques. Ces adénopathies sont latéro-aoriques sous-carinaires au niveau de la loge de Baretz ainsi qu'au niveau des hiles. Certains de ces ganglions apparaissent calcifiés. Ces adénomégalies mesurent entre 10 et 20mm.

Conclusion :

Stabilité des adénopathies médiastinales et hilaires par rapport à l'examen précédent.

Pas de lésion parenchymateuse.

Il s'agit donc d'une sarcoïdose stade 1 stable sur les examens successifs.

Merci de votre confiance

Docteur Jawad EL AOUD

CENTRE RADIOLOGIE ANFA
57 rue Al Abderrazak
CASABLANCA
Tél.: 0522.94.97.97 / 98 / 99



Casablanca, le 08/06/2021

Facture N° 3366/2021

Nom patient : MEGZARI HANANE

Examen(s) réalisé(s) :
SCANNER THORACIQUE

Montant : mille cinq cents (1500 DH)

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

REGLEMENT : ESPECES

CENTRE RADIOLOGIE ANFA
5, rue Ali Abderrazak
CASABLANCA
Tél.: 0522.94.97.97 / 98 / 99