

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 lieux 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 046998

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 616 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHLI LAHOUEINE

Date de naissance : 01.06.1948

Adresse : MAY ELINARA 2 RUE 12 BILICA MINCHOCK

Tél. : 0664 8155 94 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/07/2011

Nom et prénom du malade : BOUYA N'AM Age :

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

Nature de la maladie : HTA - Famille

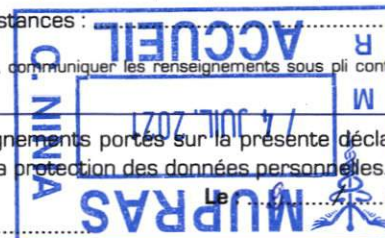
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 07/07/2011

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
07/07/2011	CM	150		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/07/2011	52,80
	07/07/2011	236,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09/07/11	SCANNER Cerebral	1400 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	injection	5				75,00

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	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>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

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Docteur Asmâa GOURJA

Médecine Générale
Echographie Clinique
Electro Cardiogramme
Saturomètre,
Suivi de grossesse
Gynécologie Femmes,
Hommes et Enfants



الدكتورة أسماء كورجة

الطب العام
الفحص بالصدى
تخطيط القلب
الإشباع بالأكسجين
متابعة الحمل
طب النساء، الرجال
والأطفال

Nom du Patient:

Casablanca le



143,00

24 p

56,30

PPV: 56,30 DH
LOT: 20L15D
EXP: 12/2022

FUCH 143,00 DH

236,30

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Docteur Asmâa GOURJA

Médecine Générale
Echographie Clinique
Electro Cardiogramme
Saturomètre,
Suivi de grossesse
Gynécologie Femmes,
Hommes et Enfants



الدكتورة أسماء كجورجة

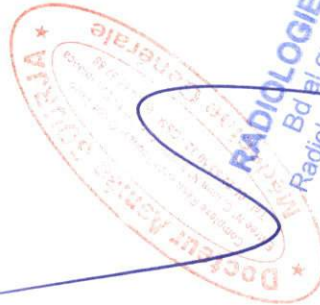
الطب العام
الفحص بالصدى
تخطيط القلب
الإشباع بالأوكسجين
متابعة الحمل
طب النساء، الرجال
والأطفال

Nom du Patient: Casablanca le:

1 - SANA Nas →

Scanner Cerebral

D D - elevée



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

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



091244798

Casablanca, le 09/07/2021

NOTE D'HONORAIRE

Nom & Prénom BRIYA NAIMA

Date d'examen : 09/07/2021

Examens	Honoraires
SCANNER CEREBRAL	1 400,00 DH
NET A PAYER	1 400,00 DH

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

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 : 34001566

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

Radiologie
Al Quods

الفحص بالأشعة القدس

الدكتور محمد أمين فتح الله

إختصاصي في الفحص بالأشعة

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

- خريج كلية الطب بباريس
- طبيب سابق بمستشفيات باريس

- Scanner Multibarrettes
- 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 09/07/2021

Patiente : BRIYA NAIMA

Prescripteur: DR ASMAA GOURJA

SCANNER CEREBRAL

INDICATION :

Suspicion de thrombose veineuse cérébrale.

TECHNIQUE :

Scanner hélicoïdal 16 barrettes GE Healthcare Optima 540 avec ASIR

Acquisition spiralee sans injection de produit de contraste centrées sur l'encéphale.

RESULTAT :

A l'étage sous-tentorial :

Le V4 est fin et médian.

Les citernes de la base sont libres.

Pas d'anomalie de la charnière cervico-occipitale.

A l'étage sus-tentorial :

Processus lésionnel extra axial, temporal gauche, à large base d'implantation durale, spontanément hyperdense, homogène, avec hyperostose adjacente, mesurant 22 x 11 x 17 mm (T x AP x H).

Petite plage hypodense capsulo-thalamique gauche, d'allure vasculaire chronique.

Pas de processus expansif intra crânien spontanément visible.

Les structures médianes sont en place.

Le système ventriculaire est de morphologie normale.

Absence de saignement intracrânien.

Pas de lésion osseuse focale visible sur l'ensemble du volume exploré.

Epaississement polypoïde du sinus maxillaire gauche.

Pas de comblement des autres sinus de la face.

CONCLUSION :

Scanner cérébral en faveur d'un méningiome temporal gauche.

Lacune vasculaire capsulo-thalamique gauche d'allure ancienne.

Merci pour votre confiance .

Dr Mohamed amine Fathallah