

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.

Diagnostic 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 canaux, 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 canaux.

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° M21- 0006272

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7743 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : CHRAÏBI SAAD
Date de naissance : 22/12/1949
Adresse : 183 bd. Ain Hassan
Tél. : 0661 102484 Total des frais engagés : 1554,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR BENBRIK YOUSSEF
Médecin Néphrologue
Centre de dialyse AL KILYA - Témara
INPE : 101167559
Date de consultation : 09/07/2021
Nom et prénom du malade : BOULAHANE SAIDA Age : 76
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Colique néphrétique
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 : Casablanca Le : 25/7/21
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
09/10/2014	5		6	Dr BENBRIK YOUSSEF Médecin Néphrologue Centre de dialyse AL KILYA - Témara INPE : 101167559

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARJANE RIYAD RABAT HAJIB AMOR - PHARMACIEN Tél.: 05 37 71 44 50 ICE : 000572578000000		54,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE D'ONCOLOGIE - SOUS-SPE 22, Avenue Ahmed Balafout - Souissi - Rabat Tél.: 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 17 29 ICE : 001691055000094 - INPE : 101363856		Radiologie	

AUXILIAIRES MEDICAUX

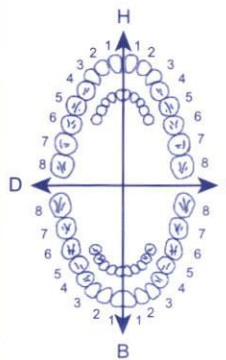
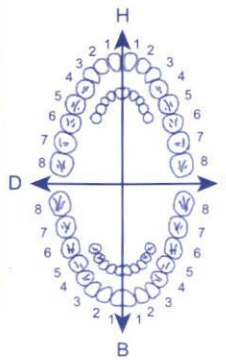
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veutiez 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>		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														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Ordonnance

Témara, le 29/07/2021

M/Mme : BOULAHANE SAÏDA

1. Pro TDM C-

Colique néphrétique

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22 Avenue Ahmed Balafout, Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 67 17 17 - 05 37 67 29 29
ICE: 001691055000034 - INPE: 100063668

Dr BENBRIK YOUSSEF
Médecin Néphrologue
Centre de dialyse AL KILYA - Témara
INPE: 101167559

Ordonnance

Témara, le 09/02/2021

M/Mme :

BOULAHMANE SAIDA

1 - Panadol Extra
2cp x 2/jour

LOT 0784
PER 11 22
PPV 54.10 DH

2 - Limetacen inj
1ij/jour x 5 jours

Sk.10

3 - Paricophex 20
1cp/j

PHARMACIE MARJARE
RIYAD RABAT
NAJIB AMOR - PHARMACIEN
Tél.: 05 37 71 44 58
ICE : 000572578000080

Dr BENBRIK YOUSSEF
Médecin Néphrologue
Centre de dialyse AL KILYA - Témara
INPE : 101167569

RABAT Le 10/07/2021

Nom et Prénom : Mme BOULAAMANE Saida
Médecin traitant : Dr Y. BENBRIK

URO-TDM

INDICATION : Coliques néphrétiques.

TECHNIQUE : Acquisition hélicoïdale sans injection du produit de contraste avec reconstructions dans les trois plans de l'espace.

RESULTATS :

A droite :

- Rein de volume normal, mesure 95 x 55 x 47 mm, de contours réguliers et de densité homogène.
- Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles.
- Absence d'image de lithiase rénale ou urétérale.
- Absence de collection péri-rénale.

A gauche :

- Rein de volume normal, mesure 105 x 50 x 45 mm, de contours réguliers et de densité homogène.
- Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles.
- Absence d'image de lithiase rénale ou urétérale.
- Absence de collection péri-rénale.
- La vessie est de capacité moyenne, ne présentant pas d'anomalie endoluminale ou pariétale.
- Absence de masse ou de collection pelvienne.
- A noter quelques phlébolithes pelviens.
- Par ailleurs, foie, rate, pancréas et surrénales sans anomalie.
- Absence d'adénopathie profonde.
- Ganglions lombo-aortiques gauches ne dépassant pas 5mm.
- Absence d'épanchement intra-péritonéal.
- Déminéralisation osseuse avec remaniements dégénératifs étagés associant des pincements étagés prédominant en L3/L4 et L4/L5 avec vide discal.
- Hernies discales globales L3/L4 et L4/L5.
- Hernie disco-ostéophytique médiane, para-médiane droite à l'étage L5/S1.
- A noter la présence de trois lésions nodulaires mammaires droites, bien limitées. A confronter aux données de l'échographie.

CONCLUSION:

Uro-scanner sans particularité.
Lombarthrose étagée.

Dr. F. BENCHAKROUN
Radiologue

CLINIQUE D'ONCOLOGIE DU 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Balafrej - Rabat
Tél.: +212 (5) 37 67 29 29
INPE : 101250504

Dr. F. BENCHAKROUN
cClinique@co16.ma

+212 (5) 37 67 17 17

+212 (5) 37 67 29 29

RIB BP : 181 810 2121100580490017 09 - PATENTE : 25713952 - IF : 24941127 - ICE : 001691055000094 - RC : 127915

CNSS : 5718872 - INPE : 100063668

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE

TEL : 05 37 67 17 17 / 06 66 97 43 41
FAX : 05 37 91 03 00 // 05 37 67 29 29

F A C T U R E

N° 9 944 / 2021 du 10/07/2021

Nom patient	BOULAAMANE SAIDA	Entrée 10/07/2021	Sortie 10/07/2021
Prise en charge	PAYANT		

RADIOLOGIE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
URO SEANNER C-	1,00	K	1 500,00	1 500,00
			Sous-Total	1 500,00
Total Frais Clinique				1 500,00

	Total général	1 500,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE CINQ CENTS DIRHAMS		1 500,00

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		1 500,00		1 500,00	0,00

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22 Avenue Ahmed Balafrej, Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29 29
ICE : 001691055000094 - INPE : 100063668