

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.

Diagnostique 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° M21- 0010697

85564

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3359 Société : R.A.M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAGZOUH ABBA

Date de naissance : 21/01/1959

Adresse : Rte ELMANOVR MM.44 N° 8 HAY SACAM,

Casa 20210

Tél. : 066572693 Total des frais engagés : 3155,85 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/01/2021

Nom et prénom du malade : MOUCHAO Saïda Age : 1963

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

Nature de la maladie : Thyroïde

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 : Casa Le : 21/01/2021

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
10/01/2020	Q	1	2.500	Dr. CARIQU - BELGADI Joelle DENTISTE 119, Bd. El Anassane Marrakech - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/11/20	2020

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/11/20	234 + 135	890

AUXILIAIRES MEDICAUX

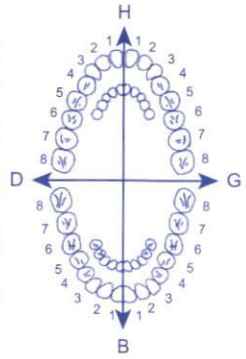
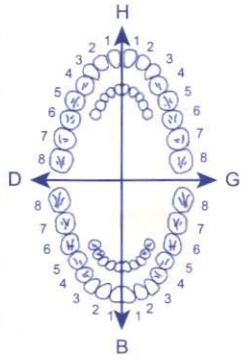
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'

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

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل

إختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M^{re} KOUCHAD Saïda

Casablanca, le : 01/01/21

2440x12

LEVOTHYROX 100 14

6,80x10

25

+ 1cp 1h

= 137,5 1g o jeun

40,60x4

Danc Tole 1 per mon

Nodop 50 1h cp

201,00x6

Low 12mon

79 55

OXANTIN 200 1/j

à l'heure du déjeuner

126 328 - 126 328 1g 2/j - 6 j.

LOT: 328
PER: FEV 2023
PPV: 201 DH 00

LOT: 328
PER: FEV 2023
PPV: 201 DH 00

LOT: 210230
PER: 04/2024
PPV: 79,95 DH

PPV: 126,30 DH
LOT: 645423
PER: 05/22

LOT: 320
PER: JAN 2023
PPV: 201 DH 00

LOT: 320
PER: FEV 2023
PPV: 201 DH 00

LOT: 328
PER: FEV 2023
PPV: 201 DH 00

LOT: 328
PER: FEV 2023
PPV: 201 DH 00

Tel: 0522 36 08 06
El Mansour - Casablanca
S.A.R.L. A.U. Yacoub

PHARMACIE OULMES CASABLANCA

الهاتف : 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67
119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA
Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr - ICE : 001634169000021

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 04 40 DL

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6.80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 D

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

118001 102006

Levothyrox® 25 µg,
 comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

PV: 6,80 DH
 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
 comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

rothyrox® 25 µg,
rimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

118001 102006
Levothyrox® 25 µg.
comprimés sécables B/30
PPV: 6.80 DH

8001 102006
thyrox® 25 µg,
més sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335
101 102006
Iyrox® 25 µg,
és sécables B/30
PPV: 6.80 DH
7862160335

01 102006
rox® 25 µg,
5 sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335

PPV: 6,80 DH
118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

Dr Chakib BENNANI-SMIREN | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUN
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 05 Juillet 2021

DR. CARIOU BELQADI JOELLE

MME. KOUCHAD SAIDA

COMPTE RENDU

MAMMOGRAPHIE NUMERISEE :

Technique :

Incidences crânio-caudales et obliques externes avec étude en tomosynthèse

Résultat :

- Seins de densité type 2.
- Nombreuses microcalcifications rondes éparses au niveau des deux seins, sans regroupement en foyer correspondant à des microcalcifications de type dystrophique .
- Absence d'opacité spiculée ou de zone de distorsion architecturale.
- Absence de foyer de microcalcifications d'allure suspecte.
- Respect du revêtement cutané et de la graisse sous cutanée.
- Opacité ganglionnaire axillaire gauche d'allure banale.

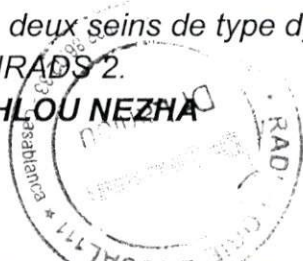
ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

Absence d'anomalie focale identifiable au niveau des deux seins et des creux axillaires.

Conclusion :

Microcalcification éparses au niveau des deux seins de type dystrophique bilan mammo-échographie bilatéral classé BIRADS 2.

DR LAHLOU NEZHA



Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
 Dr Abdelaziz ZOUAOUi | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

N° Admission : 21007904 N° Facture : 210C7762 Date facturation: 05/07/2021

Nom et prénom du patient : **Mme KOUCHAD SAIDA**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
MAMMO+ECHO MAMMAIRE	1.00	880.00	880.00
		Sous-Total	880.00 DH
arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	: 880.00DH
Huit cent quatre-vingt dirhams			
Adhérent : LAGZOULI ABBAS		Part organisme :	0.00 DH
Mle : 3359		Part patient :	880.00 DH
PC N° :			



www.anoual.ma | E-mail : anoual@menara.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 54 68

Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 72 92

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93

TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M^{me} ROUCHAD Seida

Casablanca, le : 01/07/21

Thyrométrie et échographie
thyroïdienne

3e enfants
- T₄ - Le T₄ - Les données fonctionnelles
- Surveillance -

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGIE
119, Bd. BIR ANZARANE
Maârif - CASABLANCA



119, شارع بئر انزان - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr - ICE : 001634169000021