

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



123676

Déclaration de Maladie : N° P19-0021966

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

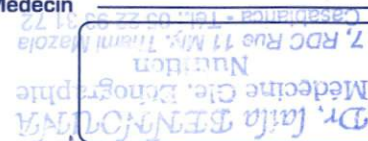
☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8735 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SLAoui Amin Date de naissance : 9-7-1967
 Adresse : 131 rue brache eil casa
 Tél. : 0661322194 Total des frais engagés : 1063,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

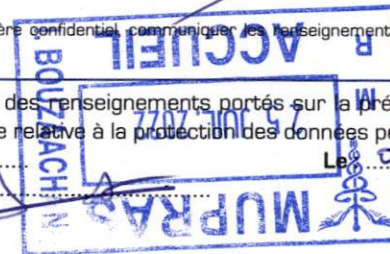


Date de consultation : 02/07/22
 Nom et prénom du malade : SLAoui Amin Age : 21
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Douleurs cervicales - pdd du rachis
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Traumatisme

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 02/07/2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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.

MUPRAS : Centre ALI 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

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CACHET RADIOLOGIE Ci-contre			

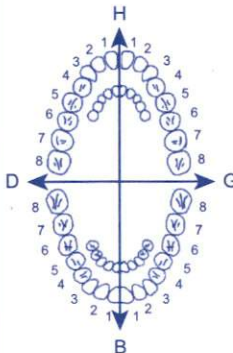
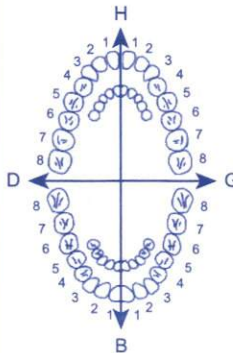
[illegible]

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																	
				Coefficient des travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin d'exécution																	

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14/0014733	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14/0014733

DATE DE DEPOT

21/10/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8735
Nom & Prénom		SLAOUI Amin
Fonction	Phones	0661322194
Mail		SLAOUIAmin@gmail.com
MEDECIN		Prénom du patient SLAOUI Nithime
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>
Age		21 ans
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Douleurs Cervicales + dd du Rachis		02-7-22
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		2000
PHARMACIE		Date 02/10/22
Montant de la facture		825
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
	CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV
		CACHET

Signature de l'adhérent

Date 1ère visite

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

Pharmacie

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																
				Montant des soins <input type="text"/>																
				Début d'exécution <input type="text"/>																
				Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																	
			Fin d'exécution <input type="text"/>																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14 / 0014731	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			
Cachet MUPRAS			



P 14 / 0014731

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom			
Fonction		Phones	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie			Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Signature et cachet du médecin			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE	Date		Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 05/07/2022	
Désignation des Coefficients $(210 \times 2) + (21 \times 2)$ $(210 \times 2) + (21 \times 2)$		Montant détaillé des Honoraires 488.00	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	

Dr. Laila Bennouna

Médecine Générale

Échographie

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



طبيب بنونة
الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

التغذية

تخصيس الوزن بآلات متخصصة

Casablanca le : 02/07/22 : الدار البيضاء في

Slammi.
Nikine

- Celebrex 200

34. - 1 gelh
- 17 ydoffla A.S

13. - 1 p2
- bacibec A.S

14. - 1 p + 2 h
- carbosil A.S

65. - 1 p2
- 23 A.S

GTIN: 06118081260850
LOT: 3935
MFG: 01 2022
EXP.: 01 2025
PPV: 940hs00

CARBONNE CP 30
PPC: 75.00 DH
Ut Av: 12-2024
Lot: D007P
IPHADERM

LOT: 210745
DLUO: 12/2024
69.60DH

Dr. Laila Bennouna
Médecine Générale
Rue 11 - Mazola - Casablanca
Tél: 05.22.93.31.72

PHARMACIE ABIDINE
Rue 11 - Mazola - Casablanca
Tél: 05.22.93.31.72

05.22.93.31.72 : الهاتف - الدار البيضاء - مازولا - مولاي التهامي - 7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca - Tél.: 05.22.93.31.72

E-mail: docteur.bennouna@gmail.com - ICE: 001876772000058

M U P R A S

N° Admission : 22007026 **N° Facture** : 22006831 **Date facturati** 05/07/2022

Nom et prénom du patient : Mme **SLAOUI NIVINE**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RACHIS CERVICAL F/P, RACHIS DORSAL F/P	1.00	488.00	488.00
		Sous-Total	488.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cent quatre-vingt huit dirhams

Total : 488.00DH

Adhérent :	Part organisme :	0.00 DH
Mlc :	Part patient :	488.00 DH
PC N° :		



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

Dr. Laila Bennouna

Médecine Générale

Échographie

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



الدكتورة ليلي بنونة

الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

التغذية

تخسيس الوزن بآلات متخصصة

Casablanca le : 02/07/22 : الدار البيضاء في

Slam
Nivine

RX du rachis
Cervical et
thoracique



RADIOLOGIE ANOUAL

Oncologie & Diagnostic du Maroc

Dr. Hamza FARAJ

RADIOLOGUE

Dr. Laila BENNOUNA
Médecine Générale, Echographie

7, RDC Rue Moulay Thami Mazola
Casablanca - Tél.: 05.22.93.31.72

[Handwritten signature]

7. الطابق السفلي. زنقة 11. مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.93.31.72

7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca - Tél.: 05.22.93.31.72

E-mail : docteur.bennouna@gmail.com - ICE : 001876772000053

Casablanca, le 05 Juillet 2022

MME. SLAOUI NIVINE

COMPTE RENDU

RADIOGRAPHIE DU RACHIS DORSAL FACE ET PROFIL

- La cyphose est respectée.
- La hauteur et l'alignement des corps vertébraux sont conservés.
- Respect des espaces intersomatiques.
- Absence d'anomalie des parties molles.

Conclusion :

Radiographie du rachis dorsal ne révélant pas d'anomalie.

RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE FACE ET PROFIL

- Respect de la lordose
- Respect des espaces intersomatiques
- Respect de la hauteur et l'alignement des corps vertébraux

Conclusion :

Radiographie du rachis lombaire ne révélant pas d'anomalie.


 **RADIOLOGIE ANOUAL**
Oncologie & Diagnostic du Maroc
Dr. Hamza FARAJ
RADIOLOGUE
DR FARAJ HAMZA