

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 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

- Reclamation : 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 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° W21-722710

129064

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08394 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben Addou Idhissi Youssef

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 54 14 16 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. LAABOUDI Latifa

98 Rue Abou Salt Al Andalous Casablanca - Tél: 05 22 23 23 23

Date de consultation : 22/10/2022

Nom et prénom du malade : M. Benaddou Idhissi Hamza

Age :

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

Nature de la maladie : allégo respiratoire

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 : 12/10/2022

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	
28/07/22	CS		2500h	INF : [] [] [] [] [] [] [Signature]	
29/07/22	S		[Signature]	[Signature] Pneumologue Tel: 0622 25 16 091000067	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	24/10/12	1368,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Caschet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Signature]</i>	22/08/22	272	800,00

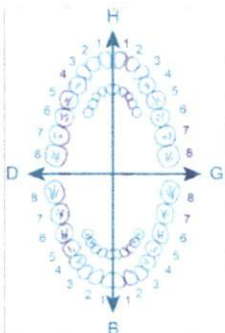
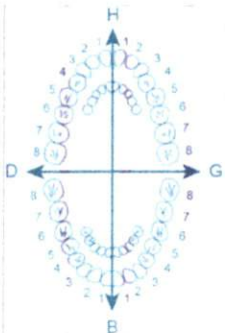
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	INP : <input type="text"/>								
				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											
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	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

LOT: GA10439
PER: 08/2023
PPV: 110 DH 00

Enquête Inverse
Cipla Maroc

Cabinet de Pneumologie أمراض الرئة

SOLUPRED 20 MG
CP EFF B20
PPV: 58,40 DHS



LOT: GA10370
PER: 07/2023
PPV: 110 DH 00

SOLUPRED 20 MG
CP EFF B20
PPV: 58,40 DHS



GA10457
08/2023
10 DH 00

Enquête Inverse
Cipla Maroc

Ancien res
Lutte Anti
Respiratoi
Tuberculo
Spirométri

LOT: GA10448
PER: 08/2023
PPV: 110 DH 00

Enquête Inverse
Cipla Maroc

spirat

السل بمستشفى
20 غشت 20

Daktarin®

Maphar
Bd Alklima N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Daktarin gel buccal t40g
P.P.V: 53,00 DH



24/08/22 في الدار البيضاء

LOT: GA10457
PER: 08/2023
PPV: 110 DH 00

Enquête Inverse
Cipla Maroc

Benaddou
+ Dussi
Houze
succor

PHARMACIE
Résidence Boufaraj
Boufaraj Casablanca

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248,00 DH



GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248,00 DH



Importateur Exclusif
Biocodex Maroc
www.biocodex.ma
C. 94,00 DH

80

94,00

6) Stomax
2x8,00 + 2x6,00

DR. LATIFA BOUDI LATI
Pneumologue
98, Rue Abou Sait Al Andaloussi
Casablanca - Tél: 05 22 25 25 29
ICE: 00219 1091000067

SOLUPRED 20 MG
CP EFF B20
PPV: 58,40 DHS



SECRETIDE
propriété de fluorocarbure / Diskus
salinifère

250 microgrammes
/ 50 microgrammes par dose

Dispositif pour inhalation par nébuliseur
NCEA

STÉRIMAR



Lot/Batch: 1P14C
Fab/ing.: 11/2021
Exp.: 10/2024
Solupred® 20mg

Solupred®
Prednisolone

Voie orale

20 comprimés effervescent

red® 20mg
ne

20 comprimés effervescent

SECRETIDE
propriété de fluorocarbure
salinifère

microgrammes
raimées par dose

Dispositif pour inhalation par nébuliseur
NCEA

میتاناز
Cipla
مومیتازون

میتاناز
مومیتازون
Cipla
Etiquette
50 mg
Voie nasale

میتاناز
مومیتازون
Cipla
Etiquette
50 mg
Voie nasale

میتاناز
مومیتازون
Cipla
Etiquette
50 mg
Voie nasale

میتاناز
مومیتازون
Cipla
Etiquette
50 mg
Voie nasale

Cabinet de Pneumologie

عيادة أمراض الجهاز التنفسي

Docteur Latifa LAABOUDI - EL BAKKALI

Diplômée de la Faculté de Paris

Ancien Chef de service Phtisiologie 20 Août

Ancien responsable du programme de

Lutte Antituberculeuse et Maladies

Respiratoires à Casa-Anfa

Tuberculose - Asthme - Allergies Respiratoires

Spirométrie - Bronchoscopie



الدكتورة لطيفة العبودي - البقالي

خريجة كلية الطب بباريس

رئيسة قسم أمراض السل بمستشفى

20 غشت سابقا

مسؤولة على برنامج محاربة داء السل

و أمراض الجهاز التنفسي بعمالة أنفا سابقا

السل - الضيقة - الحساسية - الفحص بالمنظار

Casablanca, le 23/08/2022 في الدار البيضاء

Dr. Latifa

Dr. Benaddou
Idrissi

Hassani

Dr. Latifa

Dr. LAABOUDI Latifa
Pneumologue

98, Rue Abou Salt Al Andaloussi
Casablanca - Tél: 0522 25 25 29
ICE: 00219 1091000067

CENTRE DE RADIOLOGIE
468, Bd. EL ROUDANI
Tél: 0522 25 25 29 / 0522 25 25 29
0522 25 25 29 / 0522 25 25 29
Fax: 0522 25 25 29
e-mail: f.roudani@hotmail.fr



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 22/08/2022

FACTURE N° : FA:00 7625/22
Nom : BENADDOU IDRISSE HAMZA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 800,00 Dhs

HUIT CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

SCANNER DES SINUS DE LA FACE 800,00 Dhs

Total de : 800,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
400, Bd Brahim Roudani - Maârif
20 100 - Casablanca
Tél: 0522 23 22 96 / 05 22 23 13 02 / 05 22 23 13 04
05 22 23 13 07 / 05 22 23 50 70 - Fax: 05 22 23 50 68
e-mail : roudani@hotmail.fr

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH

400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68

RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

: Houriya AMRANI MIKOU
 : Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
 : Wafae MSEFER FAROUQI
 : Yasmina TAHIRI ZIATI
 : Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
 Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
 Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
 I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, Le 22/08/2022

Patient
 Examen(s) réalise(s)

BENADDOU IDRISSE HAMZA
SCANNER DES SINUS DE LA FACE

COMPTE RENDU

RC : 17 A / Asthmatique / Obstruction nasale .

Technique : Hélice axiale réalisée sans injection intraveineuse de produit de contraste, avec reconstructions multiplanaires.

Résultat :

Déviation septale nasale antérieure, modérée , à droite, avec individualisation d'un petit éperon osseux.

Volumineuse concha bullosa droite.

Aspect inversé du cornet moyen gauche.

Hypertrophie muqueuse des deux cornets inférieurs, notamment droit faisant saillie dans la lumière rhinopharyngée.

Epaississement muqueux en cadre de la partie inféro-antérieure du sinus maxillaire droit.

Comblement de quelques cellules éthmoïdales, notamment du côté droit.

Discret épaississement muqueux du plancher des deux compartiments du sinus frontal.

Aération normale du sinus maxillaire gauche et du sinus sphénoïdal.

On note un aspect de méga sinus de la face.

Absence de lésion osseuse notable.

On note par ailleurs une aération normale des mastoïdes.

Au total :

Déviation septale nasale antérieure modérée à droite, avec volumineuse concha bullosa homolatérale et aspect de rhinite bilatérale associée à des remaniements muqueux d'allure inflammatoire chronique du sinus maxillaire droit et de quelques cellules éthmoïdales, notamment droites.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. Y. TAHIRI ZIATI