

## 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

- 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 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° W21-684312

148008

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2798 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHAKIB KAMAL

Date de naissance : 20/05/1954

Adresse : KENAKIB 102 YAHOO - FR

Tél. : Total des frais engagés : 500 + 300 + 350,9 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHAKIB KAMAL Age :

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

Nature de la maladie : Epigastralgie

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 : 03/02/2023

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
19/01/2023		C2	300DH	INPE: 091008862

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/1/23	350,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/01/2023	K	500DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

PROFESSEUR MOHAMED ALMOU

الدكتور محمد أَلْمُو

أستاذ في الجراحة العامة  
وجراحة الجهاز الهضمي  
الجراحة بالتنظير الباطني

Chirurgie Générale NEOFORTAN® 160 mg  
Chirurgie Digestive  
Cœliochirurgie

LOT 10043 3  
EXP 01/2025  
PPV 98DH80

PPV 98DH80  
EXP 05/2025  
LOT 24037 5

Casablanca, le : 23/1/2023

CHAKIB KAMAL

3000 - Rds  
10 - mag  
10 - 50x

3880x3 - Neofortan 160

10 - mag  
10 - 50x + 06

2450 - mag 2  
10 - 50x + 08

350,90

LOT 211490  
EXP 03/2024  
PPV 30.00DH

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 08/2025  
LOT 26056 6

Professeur M. ALMOU  
Chirurgien  
19, Boulevard Franklin Roosevelt  
Clinique Val d'Anfa  
Tél: 05 22 39 60 10/11/12/13 - 05 22 39 69 36/37/38/39

مصلحة فال أنفا : 19، شارع مولاي رشيد (روزفلت سابقا) - 20050 الدار البيضاء

Clinique du Val d'Anfa : 19, Boulevard My Rachid (ex.Franklin Roosevelt) - 20050 - Casablanca

الهاتف : 05 22 39 14 39 - فاكس : 05 22 94 32 05/07 - المباشر : 05 22 39 60 10/11/12/13 - 05 22 39 69 36/37/38/39



**PROFESSEUR MOHAMED ALMOU**

Chirurgie Générale

Chirurgie Digestive

Cœliochirurgie

الدكتور محمد أَلْمُو

أستاذ في الجراحة العامة

وجراحة الجهاز الهضمي

الجراحة بالتنظير الباطني

Casablanca, le :

19/1/2023

CHAKIB KAMAL

Echographie abdominale

**RADIOLOGIE MAARIF**  
**BERRADA. M. BENYAHIA Z.**  
17, Rue Med. Bahi  
Tél : 0522.25.74.82  
Fax : 0522.23.77.05

Professeur M. ALMOU  
Chirurgien  
19, Boulevard Franklin Roosevelt  
Clinique Val d'Anfa  
Tél : 05 22 34 62 99/97 - Casablanca

مصحة فال أنفا : 19، شارع مولاي رشيد (روزفلت سابقا) - 20050 الدار البيضاء

Clinique du Val d'Anfa : 19, Boulevard My Rachid (ex.Franklin Roosevelt) - 20050 - Casablanca

الهاتف : 05 22 39 69 36 / 37 / 38 / 39 - Tél. : 05 22 39 60 10 / 11 / 12 / 13 - المباشرة : 05 22 94 32 05 / 07 - فاكس : 05 22 39 14 39

## CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.  
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.  
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20.000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa  
Patente : 34770967 I.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 20/01/2023

### Facture

Nom & Prénom : **CHAKIB KAMAL**

Date d'examen : 20/01/2023

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	
Montant TOTAL	500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**CINQ CENTS DH**

**RADIOLOGIE MAARIF**  
**BERRADA M. BENYAHIA Z.**  
17, Rue Med. Bahi  
Tél : 0522.25.74.82  
Fax : 0522.23.77.05

17, Rue Mohamed BAHY (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-  
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705

Casablanca , le 20/01/2023

**Mr. CHAKIB KAMAL  
DR ALMOU MOHAMED.**

**ECHOGRAPHIE ABDOMINALE :**


*\*Météorisme abdominal.*

- Le foie est de taille normale de contours réguliers d'échostruture hyperéchogène homogène sans lésion focale notable.
- La vésicule biliaire présente un contenu anéchogène sans calcul en son sein, les parois sont fines, pas de dilatation des voies biliaires.
- Les reins présentent une bonne différenciation cortico-sinusale, la taille et les contours sont normaux, sans dilatation des cavités pyélocalicielles.  
A noter la présence d'un petit kyste cortical mediorénal gauche à développement exophytique homogène et bien limité mesurant 10 mm de diamètre.
- La rate et le pancréas sont d'aspect échographique normal.
- Pas d'adénopathies profondes, ni d'ascite.

**AU TOTAL :**

- \* STEATOSE HEPATIQUE HOMOGENE.**
- \* KYSTE RENAL GAUCHE SIMPLE (BOSNIAK I)**
- \* AEROCOLIE**

Avec mes amicales salutations.

  
RADIOLOGIE MAARIF  
BENYAHIA Z.  
BENYAHIA Z.  
17, Rue  
Tel: 0522.25.74.82  
Fax: 0522.23.77.05