

## 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

M23-000656

NS 3936

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 42305 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

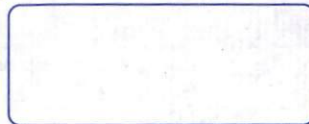
Nom & Prénom : FASSI PIHRI YASMINE

Date de naissance : 30/01/1984

Adresse : .....

Tél. : 06-56-520-520 Total des frais engagés : 250 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





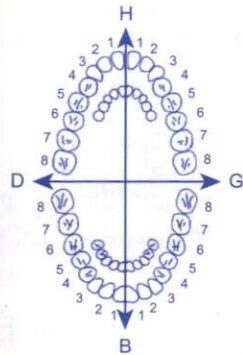
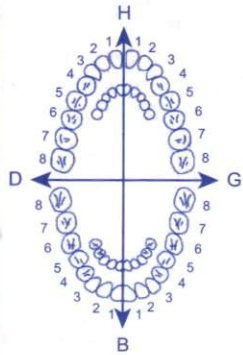
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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											
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>										
				Montants des Soins <input type="text"/>										
				Début d'exécution <input type="text"/>										
				Fin d'exécution <input type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">H</div> <div style="text-align: left;">G</div> </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">D</td> <td style="padding: 2px 10px;">B</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="text-align: center; padding-top: 5px;">B</div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des Travaux <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	B													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.**

[illegible]


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(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'EXECUTION

*Dr. Mohammed Bennouna*

**PEDIATRE**

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Lille (France)

Réanimation Néonatale

ph. Métrie, Endoscopie digestive  
et Proctologie Pédiatrique

Diplômé de la Faculté de Médecine  
Xavier Bichat - Paris



**الدكتور محمد بنونة**

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع  
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء

بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

Casablanca, le ..... 06.03.2023 ..... في الدار البيضاء،

**Nourrisson HATIM OUMNIA**

Age : 4 mois

Poids : 5,60 Kg

**RADIOGRAPHIE DU BASSIN À 4 MOIS**

**Dr Mohammed Bennouna**

Tel: 0522 95 12 32 - 06 61 14 73 72  
220, Bd Ghandi Dar Asmaa - Casablanca

**DR. M. BENNOUNA**  
**PEDIATRE**

RADIOLOGIE ABOU MARI  
27, Rue Ilye Abou Madi Gauthier  
Casablanca  
Tel: 0522 20 34 57 Fax: 0522 47 40 09

E-mail : bennouna-mohammed@menara.ma

220, شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزا هوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 32 - الفاكس : 05 22 39 53 38 - المحمول : 06 61 14 73 72  
220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1er étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - Fax : 05 22 39 53 38 - GSM : 06 61 14 73 72



Nom & prénom : HATIM OUMNIA

FACTURE N° : 23/005300

Date : 10/03/2023

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
RX. BASSIN FACE	250,00
<b><u>Total Montant</u></b>	
250,00	

RADIOLOGIE ABOUMADI  
27, Rue Ilyia Abou Madi - Quartier Gautier -  
Casablanca  
Tél: 0522 20 34 57 Fax: 0522 47 40 09

Arrêtée la présente Facture à la somme de:  
DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES Le 10/03/2023

Relevé d'identité bancaire  
Banque Centrale Populaire  
Agence Massira  
88, bd massira el khadra Casablanca  
Compte n°: 190 780 21211 9307191 000 7 73





Casablanca le 10/03/2023

**Dr. Mustapha AKIKI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté  
de Médecine

**PATIENT**  
**MEDECIN TRAITANT**

: HATIM OUMNIA  
: DR. BENNOUNA MOHAMED

**Dr. M. AZ El-Arab BERRADA**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté  
de Médecine

**RX. BASSIN FACE**

**Dr. Hakima BENKIRANE**  
**Ep. Benjelloun**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd  
Diplômée de Paris  
en Imagerie de la femme

Absence d'anomalie de la texture osseuse.  
Absence de lésion osseuse lytique ou condensante.  
Les noyaux céphaliques fémoraux sont en début de minéralisation,  
en place dans les quadrants inféro-internes de la construction  
d'Ombrédanne.  
Les talus sont bien dessinés et les cotyles sont bien creusés.

**Dr. Imad HANAFI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Bruxelles  
Ex. Praticien hospitalier  
des hôpitaux de Paris  
Radiologie Conventiennelle  
et Interventionnelle

**Confraternellement**  
**DR AKIKI M.**  
**INPE : 091004234**

N/B : Pour visualiser les images et le compte rendu de ce patient sur votre PC,  
utilisez le lien :

<http://105.159.250.200:8088/images>

Login : AK494853

Mot de Passe : AK233566

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle