

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 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

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° W21-792995

AS7981

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : <u>1310</u> | Société : | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | <u>MDSBAN</u> |
| Nom & Prénom : <u>M. S. B. A. N. D. A. L. I. B. U.</u> | | Date de naissance : <u>23/08/1952</u> | |
| Adresse : <u>2145 Rue Amed Ben Yakkouch Ben Bousha</u> | | Tél. : <u>630484425</u> | |
| | | | Total des frais engagés : |
| Dhs | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin | | |
| | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> | | |
| <div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">Cachet du médecin :</div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">Date de consultation :</div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">Nom et prénom du malade :</div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">Lien de parenté :</div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">Nature de la maladie :</div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</div> | <div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">Age:</div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">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.</div> | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 : 19/10/2013

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Chapitre et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
| <i>DR. J. P. D'ANGELO Radiologue en Imagerie 1 Rue Socrate - Crémone Tél. 05.22.35.00.00</i> | 15/03/2023 | 280 | 800,- |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

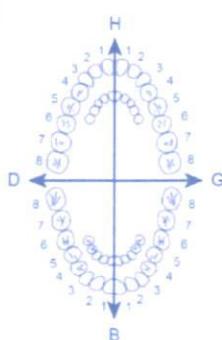
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Therapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Dr. K.BELYAMANI

Dr. Z.TAZI CHAOUI

Dr. H.BENJELLOUN

CASABLANCA LE, 15/03/2023

Reçu N° 230315003

Mou Mme : **MOSBAH DALILA**

Examen(s) demandé(s) :

MAMMO+ECHO

Soit un montant total de : **800.00 DHS**

Arretée le présent reçu à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

Dr. Hassani BENJELLOUN
Spécialiste en Imagerie Médicale
1, Rue Socrate - Casablanca
Tel: 06 22 39 07 07

4 Rue socrate, (Rond point Romandie) Casablanca Tel : 022 39 07 07

Fax 022 39 03 03 Patente 35806746-I.F: 01031212- W.B :0460101149923

ICE:

001664340000090

GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

- ECHOGRAPHIE
- DOPPLER - DOPPLER ENERGIE
- RADIOLOGIE DENTAIRE



- SENOLOGIE
- STEREOTAXIE MAMMAIRE
- RADIODIAGNOSTIC

Centre d'imagerie médicale

Dr. K. Belyamani

Dr. H. Bengelloun

Dr. Z. Tazi chaoui

15/03/2023

PATIENT

MOSBAH DALILA

MEDECIN TRAITANT

MAMMOGRAPHIE BILATERALE :

Seins de densité mixte, densité de type B.

Asymétrie de densité mammaire, avec surcroît d'opacité rétro-aréolaire gauche.

Pas de distorsion architecturale suspecte.

Pas d'autre image de suropacité anormale.

Pas de foyer de micro-calcifications suspect.

Absence d'anomalie de la peau du mamelon.

Prolongements axillaires normaux.

ÉCHOGRAPHIE MAMMAIRE BILATERALE :

Absence de formation nodulaire tissulaire ou kystique des seins.

Absence de distorsion architecturale.

AU TOTAL :

Mammographie bilatérale normale.

Examen classé ACR1 à droite ACR1 à gauche.

NB : Prière de rapporter les anciens clichés en cas de nouvel examen.

CLASSIFICATION BI-RADS (American College of Radiology) (ACR):

BI-RADS 0 de ACR : Nécessité d'investigations complémentaires.

BI-RADS 1 de ACR : normale (surveillance systématique tous les 2ans dans le cadre du dépistage).

BI-RADS 2 de ACR : lésion bénigne (surveillance systématique tous les 2ans dans le cadre de dépistage).

BI-RADS 3 de ACR : lésion probablement bénigne (surveillance semestrielle est conseillée pendant 1an puis annuelle pendant 2ans).

BI-RADS 4 de ACR : anomalie suspecte, nécessitant une vérification histologique (biopsie).

BI-RADS 5 de ACR : lésion fortement suspecte de malignité (une biopsie ou exérèse est souhaitée).

DR. HASSAN BENELLOUN
Spécialiste en Imagerie Médicale
4, Rue Socrate - Casablanca
Tél : 05 22 39 07 07