

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° M21- 0020971

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 321421 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : EL AJI Chadia
 Date de naissance :
 Adresse : Rue 76 n°35 groupe Poulfa cam
 Tél. : 0666339277 Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : LOUKH A AJI Chadia Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection gynécologique
 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 :
 Signature de l'adhérent(e) :




Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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
31/05/23	contrôle		gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/05/2023	8010.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/06/23	283 - 67	120000

AUXILIAIRES MEDICAUX

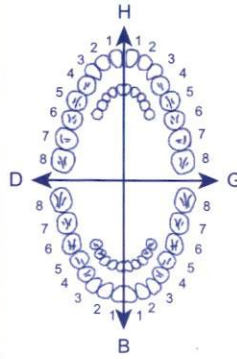
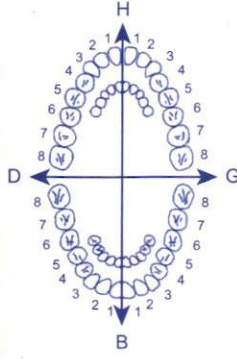
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

PHARMACIE DU NIL
HAY OULFA CASABLANCA
PATENTE: 36004560

INPE 092045194.

ICE 001644535000081

HARMACIE DU NIL
451, Bd. Oum-Rabii
Casablanca

Le 31/05/2023

9,30

NOM: Loukile ELATI CHADIA

FACTURE

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville
BP 10877 CASABLANCA-MAROC
Fuchibalmic® 1% gel ophtalmique
Tube de 5 g
AMM N°184
DMP/21/NRQ
PPV: 37 DH 20 6 118001 200818

PRODUITS	NOMBRE	PU.	TOTAL
Fuchibalmic	1	37,20	37,20
du remède	1	9,30	9,30
Decadron	1	33,60	33,60
			80,10
Arrête la présente facture à la somme de			
quatre-vingt dix-dix, local.			

HARMACIE DU NIL
451, Bd. Oum-Rabii
Casablanca

DECADRON® 0,5 mg 40 comprimés à 0,5 mg

LOT 201999

EXP 09 2023

PPV 33 60

Titulaire de l'AMM au Maroc:
MSD Maroc (Siège Social)
166-168 Bd Zerktouni-20060-Casablanca-Maroc.

Fabricant
Unité de production MSD
BP 136-C. P.20180 Bouskoura.

AMM N° : 486/19 dmp/NRQad

DECADRON® 0,5mg
40 comprimés



Remboursé



6 118000 290094

Dr. Layachi - Tahiri Faouzia

Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le :

31/05/2023

Mme LOUKILI EL AJI Chadia

- Mammographie + Echographie mammaire

CENTRE DE RADIOLOGIE
400, Bd Brahim Roudani - Maârif
Tél: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11
05 22 25 56 94 / 05 22 23 50 70 - Fax: 05 22 23 50 68
Dr. Layachi - Tahiri Faouzia
RADIOLOGUE - GYNÉCOLOGUE



Patient
Médecin traitant

EL AJI CHADIA EP LOUKILI
DR LAYACHI-TAHIRI FAOUZIA

MAMMOGRAPHIE BILATERALE PLEIN CHAMP NUMERIQUE
TOMOSYNTHESE 3D
ECHOGRAPHIE MAMMAIRE ET AXILLAIRE BILATERALE
COMPTE RENDU

RC : 65 A / 3 P / Sans antécédent sénologique personnel ou familial.

Technique : Appareil Hologic numérique direct : Etude des seins, avec et sans tomosynthèse, 2 incidences par seins (face et oblique).

Résultats :

*** Mammographie :**

- Seins de volume symétrique, de structure fibrolipomateuse, sièges de quelques reliquats glandulaires rétro-aréolaires.
- Il n'est pas visualisé de masse circonscrite, ni de zone de distorsion architecturale glandulaire en projection des plages mammaires.
- Microkystes calcifiés en projection des quadrants supéro-interne et inféro-interne droits.
- Absence de regroupement suspect de microcalcifications.
- Les revêtements cutanés sont fins.
- Les creux axillaires sont libres.

*** L'échographie complémentaire :**

- Ne met en évidence aucune masse kystique ou tissulaire, ni aucune zone d'atténuation du faisceau ultrasonore en projection des plages mammaires.
- Absence d'image ganglionnaire d'allure suspecte visible au niveau des creux axillaires.

Conclusion :

- Absence d'anomalie radio-échographique d'allure suspecte décelable ce jour, dans l'un ou l'autre sein.

Examen classé **ACR 2 à droite, ACR 1 à gauche** de la classification BI-RADS.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr. Naima. BENJELLOUN

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



مرکز 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 / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 06/06/2023

FACTURE N° : FA:00 5401/23
Nom : EL AJI CHADIA EP LOUKILI

Arrêtée la présente facture à la somme de : 1 200,00 Dhs

MILLE DEUX CENTS DHS

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

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE	300,00 Dhs
MAMMO-TOMOSYNTHESE	900,00 Dhs

Total de : 1 200,00 Dhs

Mode de règlement TPE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI
400. Bd Brahim Roudani - Maârif
Tél: 0522 23 50 70 - 06 60 73 95 97 - 0522 25 22 96 - 0522 25 13 02 - 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax: 0522 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 / 06 60 73 95 97 / 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