

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-682126

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>11561</u>	Société : <u>R.A.M</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Bakkali sophia</u>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>05 22 91 29 68</u> Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<u>Dr. CHRAIBI Mde. Chakib Spécialisé O.R.L. Spécialisé / ?</u>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
<u>BAKKALI SOPHIA</u>			
Lien de parenté :			
<input type="checkbox"/> Lui-même			
Nature de la maladie :			
<u>Alcool</u>			
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'atelier médical conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : COXO

Le : 01/12/2013

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
28/10/23	C2		200	INP : 0910430000 Dr. CHRAIBI MOHAMED S. B.R.L.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DAR BOUAZZA ZAHIZOUHI AMINA Dar Bouazza Ouled Jaffar BP.93 Dar Bouazza TEL : 03 42 22 00 00</p>	28/10/23	298,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. BELLY MANI Khalid Spécialiste en Imagerie Médicale B.P. 50000 - Casablanca Tél: 22.32.07.07	31/10/23	250	500 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr Chraibi Mohamed Chakib

CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE
ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Angle Bd Abdelmoumen et
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)
3eme Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37



الدكتور الشرايبى محمد شكيب

عيادة أمراض الأنف - الأنف - الحنجرة
و جراحة الوجه و العنق
82، زنقة سومية - شارع عبد المؤمن
عمارة رونو - الطبقه 3 - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

Casablanca, le :

20/10/2023

LOT 230300

EXP 12 2026

PPV 40 10

no, 10

Xygal JAVALI fpo
S.V

86,50

- Xygal

86,50

S.V

PHARMACIE DAR BOUAZZA
ZAHZOUH AMINA
Dar Bouazza Ouled Jerrar
BP.93 Dar Bouazza
Tél : 05 22 29 01 74

- Uenil F

69,80

S.V

69,80

- ESAC 40

108,00 1 à Jeni la Natura

S.V

GR111 0520

LOT PER

Prix 102,00

uvatotar

JR. CHRAIBI Mde. Chakib
Spécialisé O.R.L.
Tél. 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

Dr Chraibi Mohamed Chakib

CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE
ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Angle Bd Abdelmoumen et
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)
3eme Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37



الدكتور الشرابي محمد شكيب

عيادة أمراض الأنف - الأنف - الحنجرة
و جراحة الوجه و العنق
82، زنقة سومية - شارع عبد المؤمن
عمارة رونو - الطبقة 3 - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

Casablanca, le :

٢٨/٦/٢٠١٣

الدار البيضاء، في

(P) Physique graphie

② Echo graphie (en noir)
(hypothèse Tympanite)

Dr. BELYAMANI Khalid
Spécialiste en Imagerie Médicale
4, Rue Sociale - Casablanca
Tel : 022.38.07.07

Dr. CHRAIBI Moe. Chak.
Spec il de O.R.D
05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Dr. K.BELYAMANI

Dr. Z.TAZI CHAOUI

Dr. H.BENGELLOUN

CASABLANCA LE, 31/10/2023

Reçu N° 231031001

M ou Mme : BEKKALI SOPHIA

Examen(s) demandé(s) :

ECHO CERVICALE

Soit un montant total de : **500.00** DHS

Arretée le présent reçu à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Dr. BELYAMANI Khalid
Spécialiste en Imagerie Médicale
4 Rue Socrate - Casablanca
Tel : 022 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:

001664840000090

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

31/10/2023

PATIENT

BEKKALI SOPHIA

MEDECIN TRAITANT

CHRAIBI MED CHAKIB

ECHOGRAPHIE THYROÏDIENNE :

La glande thyroïde est de volume normal, de contours réguliers.

Le lobe droit mesure le lobe droit mesure 10 x 12 x 22 mm.

Le lobe gauche mesure 11 x 13 x 30 mm.

L'isthme mesure 2 mm.

Le lobe droit ne présente pas d'anomalie.

Le lobe gauche présente une formation kystique de 4 mm transsonique, avec renforcement postérieur classée TIRADS 2.

Pas d'hypervascularisation.

Pas d'adénomégalie cervicale.

Dr. BELYAMANI Khalid
DR. K. BELYAMANI
Spécialiste en Imagerie Médicale
4, Rue Socrate - Casablanca
Tel : 022.39.07.07

