

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 70 10 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

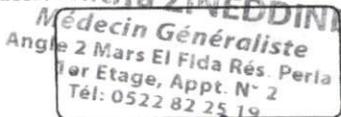
N° P19-0040819

Maladie  Dentaire  Optique  Autres 13367

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7929 Société : R.A.M.  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : .....  
 Nom & Prénom : LAMLIJI ABDERRAHIM  
 Date de naissance : 01-01-1960  
 Adresse : 14 RUE AL WARD IMM. RAYHANE  
RIAD SALAM AGADIR  
 Tél. : 0662072894 Total des frais engagés : 1441,90# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 05/11/2019  
 Nom et prénom du malade : ELACHKER Ning Age : 1968  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Nastodyne  
 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 : Agadir Le : 05/11/2019  
 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 |
| 05/11/2013                     |                   | C                     | 15004                           |  |

Dr. Latifa ANEKDINE  
 Médecin Généraliste  
 1er Etage App. 102  
 Tél: 0522 82 25 19

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |         |                       |
|--|---------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date    | Montant de la Facture |
| <br>PHARMACIE AZMI<br>N° D 46, Av. Omar Ben Jelloun<br>Riad Salam AGADIR<br>Tél/Fax : 05 28 22 84 82 | 5/11/13 | 161,90                |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES   |       |                              |                        |
|--|-------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie   | Date  | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| <br>LABORATOIRE DE RADIOLOGIE ANOUAL<br>Dr. Benani-Simone<br>Dr. Dah-Bounouf<br>Dr. Hamdouch<br>Dr. Zeghari<br>Dr. Zouaoui<br>Dr. Lahou<br>Casablanca - Tél: 0522 80 10 23 | 11/13 | 23455                        | 11000                  |

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

VOLET ADHERENT

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

|                                   |  |                     |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|-----------------------------------|--|---------------------|----------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|----------------------|
|                                   |  | MONTANTS DES SOINS  | <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|                                   |  | DEBUT D'EXECUTION   | <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|                                   |  | FIN D'EXECUTION     | <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
| <b>D.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b> | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><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)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   | MONTANTS DES SOINS  | <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |                      |
|                                   |  | 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

Scanned by CamScanner

**Dr. Latifa ZINEDDINE**  
**OMNIPRATICIENNE**

Spécialiste en Médecine du Travail  
Gynécologie Médicale  
Dépistage des grossesses à haut risque  
Coloscopie - Infertilité - Stérilité  
Diabétologie - Nutrition  
Urgentologie et Oxylogie  
Geriatrie-Gerontologie  
Mésothérapie  
Electrocardiogramme  
Echographie Générale



**الدكتورة لطيفة زين الدين**  
**الطب العام**

اختصاصية في طب النساء  
مراقبة الحمل وأمراض النساء  
الخصوبة والعقم  
تنظير عنق الرحم  
داء السكري  
التغذية والحمية  
أمراض الشيخوخة  
ميزوتيرابيا  
التخطيط الكهربائي للقلب  
الفحص بالصدى

Le 05/11/2015

ELACKER Nino

PHARMACIE AZMI  
N° D 46 Av. Omar Ben Abdou  
Riad Salam - AGADIR  
Tél/Fax : 05 28 22 84 92

LOT: 196008 EXP: 05/21  
PPV: 21DH80

Alphak sachets  
53,12 1 sachet x 2  
Relaxol cp  
87 - 1 cp x 2  
Relaxol cp 800  
12 cp



RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10  
LOT : 9MA116  
PER : 02 2022  
6 118000 060833



LOT: 190200  
DLUO: 05/2022  
87,80DH

PHARMACIE AZMI  
N° D 46, Av. Omar Ben Abdou  
Riad Salam - AGADIR  
Tél/Fax : 05 28 22 84 92  
161.90

**Dr. Latifa ZINEDDINE**  
**OMNIPRATICIENNE**

Spécialiste en Médecine du Travail  
Gynécologie Médicale  
Dépistage des grossesses à haut risque  
Coloscopie - Infertilité - Stérilité  
Diabétologie - Nutrition  
Urgentologie et Oxylogie  
Gériatrie-Gerontologie  
Mésothérapie  
Electrocardiogramme  
Echographie Générale



**الدكتورة لطيفة زين الدين**  
**الطب العام**

اختصاصية في طب الشغل  
مراقبة الحمل وأمراض النساء  
الخصوية والعقم  
تنظير عنق الرحم  
داء السكري  
التغذية والحمية  
أمراض الشيخوخة  
ميزوثيرابيا  
التخطيط الكهربائي للقلب  
الفحص بالصدى

Le 05/11/2019

Min EC ACHKER Num

Dastodymographie  
patiente âgée de 51 ans



- Echographie mammaire  
- Mammographie bilatérale

**Latifa ZINEDDINE**  
Généraliste  
Rés. Perla  
El Fida Rés. Perla  
2 Mars El Fida Rés. Perla  
App. n° 2  
Tél. : 0522 82 25 19

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDouch  
 Dr Abdelaziz ZOUAoui | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

CASABLANCA , LE 08/11/2019

## FACTURE

N° Admission : 19016834 N° Facture : 19016560 Date facturation : 05/11/2019

Nom et prénom du patient : MINA EL ACHKER

Convention : PAYANT

| PRESTATIONS         | Nombre | Prix unitaire | Montant  |
|---------------------|--------|---------------|----------|
| MAMMO+ECHO MAMMAIRE | 1.00   | 1 100.00      | 1 100.00 |
|                     |        | Sous-Total    | 1 100.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille cent dirhams

**Total : 1 100.00**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :



Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDouch  
Dr Abdelaziz ZOUAOUi | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 05 Novembre 2019

**DR LATIFA ZINEDDINE**

**MME EL ACHKER MINA**

## COMPTE RENDU

### MAMMOGRAPHIE NUMERISEE :

#### Technique

Réalisation de clichés en incidences crânio-caudales et obliques externes avec étude en tomosynthèse

#### Résultat

- Seins en involution grasseuse physiologique densité type 1.
- Zone d'asymétrie de densité rétroaréolaire du sein gauche, persistance sur l'incidence de compression localisée
- Absence d'opacité spiculée ou de zone de distorsion architecturale.
- Absence de foyer de microcalcifications d'allure suspecte.
- Prolongements axillaires libres.

### ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

- Absence d'anomalie focale identifiable au niveau du tissu conjonctivo glandulaire des deux seins et des creux axillaires.

### Conclusion

- Petite zone d'asymétrie de densité de la région profonde rétroaréolaire du sein gauche sans traduction échographique, classée BIRADS 3, et nécessitant un contrôle par un cliché de mammographie du sein gauche dans 6 mois.

**DR LAHLOU NEZHA**

