

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° W19-515774

ND 36280

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4726 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN ABDELKAMEL EL FILALI HINDA

Date de naissance : 28/12/1959

Adresse : 106 Rue Ibnou Wakhai - Montf

Tél. : 0663722706 Total des frais engagés : 2376,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/07/2020

Nom et prénom du malade : EL FILALI HINDA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Dermatologique

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 : Casablanca Le : 14/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : Hinda

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
14/07/2008		0	350 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Pharmacie du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL GOUZM, 37 Bis, Rue Bir Anzarane, AZEMMOUR, Tel: 05 23 34 72	14/07/08	1523,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	15/07/08		140			500 MA

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX																
	<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 colspan="2">D</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> <tr><td colspan="2">G</td></tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
G																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR KHALID LAMNIAI

SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles



الدكتور خالد المنيعي

إختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

Casablanca, le 14/07/2020

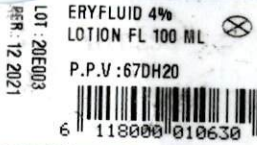
الدار البيضاء، في

MME EL FILALI HINDA

Dr. **EL PAM**
Dr. GOUZMARI
37 Bis, Rue Bir Anzarane

Tel. 34 72 90

67,20 - ERYFLUID SOLUTION (BOUTONS)



45,00
x 2
90
ZOVIRAX CREME (x2)

5 FOIS PAR JOUR PDT 10 JOURS

-MYCOSTER SPRAY 1 % SOLUTION

43,50

LE SOIR PDT 1 MOIS

-AUGMENTIN SACHET 1 G

1 SACHET /MATIN ET SOIR PDT 10 JOURS

PREPARATIONS (x3)

-NEOXIDIL SOLUTION (x1)

LE SOIR PDT 3 MOIS

-DERMOVAL GEL (x3)

Dr. **KHALID LAMNIAI**
DERMATO-VENEROLOGUE
Angle Bd Sidi Abderrahmane
et Bd Abdelhadi Boutaleb
Casa Tél. 0522 90 04 17

Casablanca, le 15/07/2020

Patient : FILALI HINDA
Prescripteur: DR LAMNIAI KHALID

ECHOGRAPHIE DES PARTIES MOLLES DU COU

*Mon cher confrère,
Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.
L'examen a été réalisé sur un Echographe Logiq S8 XD clear 2.0 mise en service en janvier
2018.*

Indication :

Petite masse cervicale.

Technique:

L'exploration échographique est réalisée de façon comparative avec une sonde de 18 Mhz.

Résultats :

La lésion palpée est retrouvée sous forme d'une image hypoéchogène hétérogène située au niveau dermo-épidermique et refoulant les muscles en arrière. Cette lésion mesure 13mm et présente un renforcement postérieur. Pas de vascularisation intra-lésionnelle.

Conclusion :

Aspect de kyste sébacé.

À noter par ailleurs un aspect d'atrophie thyroïdienne évoquant une thyroïdite évoluée.

Merci de votre confiance

Docteur Jawad EL AOUD
CENTRE RADIOLOGIQUE ANFA
5, rue Ali Abou Tazart
CASA BLANCA
Tél.: 94.97.87 - Fax : 94.97.99

DOCTEUR KHALID LAMNIAI

SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles



الدكتور خالد المنيعي

إختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

14 JUL. 2020

Casablanca, le في الدار البيضاء.

M El Fikri Hinde

petite masse jaunâtre.

Kyste sébacé ?

Bilo de cette nature

D. Khalid LAMNIAI
DERMATO-VENEROLOGUE
Angle Bd Sidi Abderrahmane
et Bd Abdelhadi Boutaleb
Casa Tél 0522 90 04 17

CENTRE RADIOLOGIE ANFA
5, rue Ali Abderrazak
CASABLANCA
Tél.: 94.97.97 - Fax : 94.97.99



Casablanca, le 15/07/2020

Facture N° 2752

Nom patient : **FILALI HINDA**

Examen(s) réalisé(s) :
ECHOGRAPHIE DES PARTIES MOLLES

Montant : **cinq cents (500 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CINQ CENTS DH

REGLEMENT : CHEQUE

CENTRE RADIOLOGIE ANFA
5, rue Ali Abderrazak
CASABLANCA
Tél.: 94.97.97 - Fax : 94.97.99

