

# 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.

## Biologie 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

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° P19- 0011414

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0930 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BOURIAL Khadija Date de naissance : 31-01-1950  
Adresse : 84 Rue IBRAHIM MOUNIR MAARIF CASA  
Tél. : 0675560724 Total des frais engagés : 705,40 Dhs  
065911619

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
08 JUL 2019  
Dr. SEBTI Fayçal  
2, Rue Ahmed El Mejjati Maarif  
Casablanca  
Tél : 06 22 25 28 82 - 06 61 95 19 96  
Date de consultation : 29/06/2019  
Nom et prénom du malade : BOURIAL KHADIJA Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection pulmonaire  
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 : CASA Le : 29/06/2019  
Signature de l'adhérent(e) : BOURIAL



# 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                             |
|---------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29<br>6<br>2019<br>3.7.19 | CEP 2 RS          | 150                   | CG                              | Dr SEBTI Fayçal<br>Rue Ahmed El Moudjati Medrit<br>Casablanca<br>Tél: 05 22 25 05 96 19 95 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date      | Montant de la Facture |
|---|-----------|-----------------------|
| PHARMACIE DE LA SERRA<br>139 rue Abdou Ismail El Mokhtari (Moussine)<br>CASABLANCA - Tél: 0522 25 05 77 | 3/07/2019 | 2900                  |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE D'ANALYSE MEDICALE<br>Dr ZIZI<br>400. Bd Brabant 25<br>Roudani CASABLANCA<br>Tél: 0522 25 35 61 | 16/1/19  | 2.1.2                        | 200,000.0              |
|   | 03/07/19 | B60 + PL                     | 105,40 HT              |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées   | Nature des Soins     | Coefficient         |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|---------------------------|--|----------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|---|--|---|--|---|---|----------------------|----------------------|-------------------------|--|
|                           |  |                      |                     | Coefficient DES TRAVAUX |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           |  |                      |                     | MONTANTS DES SOINS      |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           |  |                      |                     | DEBUT D'EXECUTION       |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           |  |                      |                     | FIN D'EXECUTION         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           |  |                      |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           |  |                      |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           |  |                      |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           |  |                      |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           |  |                      |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           |  |                      |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                      |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> </table> |                      | H                   |                         | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | G |  | B |  | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | Coefficient DES TRAVAUX |  |
|                           | H  |                      |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           | G  |                      |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           | B  |                      |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           | D  | G                    |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           | 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           |  |                      | MONTANTS DES SOINS  |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                      | DATE DU DEVIS       |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           |  |                      | DATE DE L'EXECUTION |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           |  |                      |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           |  |                      |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           |  |                      |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           |  |                      |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |
|                           |  |                      |                     |                         |                      |                      |   |  |   |  |   |   |                      |                      |                         |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Docteur SEBTI Fayçal

Expert Près les Tribunaux

Médecin Attaché au Service

de Gastro - Enterologie

(Hôpital Averroès)

**Médecine Générale**

2, Rue Ahmed El Mejjati (Ex des Alpes. Maârif)

CASABLANCA

Tél. : C. : 0522.25.28.82

GSM : 0661 96 19 96

## الدكتور فيصل السبتي

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب ملحق بقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمستشفى ابن رشد

الطب العام

2 ، زنقة أحمد المجاطي (الألب سابقا)

الدار البيضاء

الهاتف : ع 0522.25.28.82

المحمول : 0661 96 19 96

3/7/2019

Casablanca, le -----

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 500mg cp pel b6  
P.P.V : 145,00 DH



BOURIAL KHADIJA

14500  
14500  
TAVANIC 500 mg 1 C par jour pdt 10 jours

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 500mg cp pel b6  
P.P.V : 145,00 DH



Dr. SEBTI Fayçal

2, Rue Ahmed El Mejjati Maârif

Casablanca

Tél: 05 22 25 28 82 - 06 61 96 19 96



## Docteur SEBTI Fayçal

Expert Près les Tribunaux

Médecin Attaché au Service

de Gastro - Enterologie

(Hôpital Averôès)

**Médecine Générale**

2, Rue Ahmed El Mejjati (Ex des Alpes. Maârif)

CASABLANCA

Tél. : C. : 0522.25.28.82

GSM : 0661 96 19 96

## الدكتور فيصل السبتي

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب ملحق بقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمستشفى ابن رشد

**الطب العام**

2 ، زنقة أحمد المجاطي (ألألب سابقا)

الدار البيضاء

الهاتف : ع : 0522.25.28.82

المحمول : 0661 96 19 96

3/7/2019

Casablanca, le -----

**BOURIAL KHADIJA**

IDR

*Dr. SEBTI Fayçal*

2, Rue Ahmed El Mejjati Maârif

Casablanca

Tél: 05 22 25 28 82 - 06 61 96 19 96



02/11/19



## Docteur SEBTI Fayçal

Expert Près les Tribunaux

Médecin Attaché au Service

de Gastro - Enterologie

(Hôpital Averroès)

**Médecine Générale**

2, Rue Ahmed El Mejjati (Ex des Alpes. Maârif)

CASABLANCA

Tél. : C. : 0522.25.28.82

GSM : 0661 96 19 96

## الدكتور فيصل السبتي

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب ملحق بقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمستشفى ابن رشد

الطب العام

2 ، زنقة أحمد المجاطي (الألب سابقا)

الدار البيضاء

الهاتف : ع : 0522.25.28.82

المحمول : 0661 96 19 96

29/6/2019

Casablanca, le -----

BOURIAL KHADIJA

TELETHORAX (CONTROLE)

CENTRE DE RADIOLOGIE  
ROUDANI  
400, Bd Brahim Roudani - Maârif  
20.100 - Casablanca  
Tél: 0522.25.22.85 / 05.22.25.13.02 / 05.22.25.13.04  
05.22.25.13.07 / 05.22.25.13.08 / 05.22.25.13.09  
e-mail: r.roudani@hotmail.fr

Dr. SEBTI Fayçal

2, Rue Ahmed El Mejjati Maârif  
Casablanca

Tél: 05 22 25 28 82 - 06 61 96 19 96



# مركز 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 Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 01/07/2019

FACTURE N° : FA:00 6797/19  
Nom : BOURIAL KHADIJA

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

DEUX CENTS DHIS

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

THORAX DE FACE 200,00 Dhs

Total de : 200,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015842

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC  
400 5842  
20 Brahimi Roudani  
181-0522 25 22 96 / 05 22 25 13 04  
05 22 25 13 07 / 05 22 25 13 04  
e-mail : roudani@hotmail.fr

مختبر التحليلات الطبية المعاريف

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 03-07-2019

Mme BOURIAL Khajida

FACTURE N° A19070119

| Récapitulatif des analyses |                                       |     |       |
|----------------------------|---------------------------------------|-----|-------|
| CN                         | Analyse                               | Val | Clefs |
| 9105                       | Traitement échantillon sanguin<br>IDR | E25 | E     |
|                            |                                       | B60 | B     |

Total des B : 60

TOTAL DOSSIER : 105.40 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
cent cinq dirhams quarante centimes





# مركز 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 Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, Le 01/07/2019

Patient  
Médecin traitant  
Examen(s) réalise(s)

**BOURIAL KHADIJA**  
**DR SEBTI FAYCAL**  
**THORAX DE FACE**

## COMPTE RENDU

*Aspect normal de la silhouette cardio-médiastinale.*  
*Discrète majoration de la trame bronchique avec présence de micronodule lobaire inférieur droit.*  
*Absence d'épanchement pleural.*  
*Absence de foyer parenchymateux.*  
*Absence d'anomalie pariétale.*

En vous remerciant de votre confiance

**Dr. S. BERRADA**  
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI  
400, Bd Brahim Roudani - Maârif  
20100 - Casablanca  
Tél : 0522 25 22 96 / 0522 25 13 04  
Fax : 0522 25 13 07  
e-mail : c.roudani@orange.ma  
**Saïma BERRADA**  
RADIOLOGUE





Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 06-07-2019

Mme BOURIAL Khajida

Code : 17040105

Référence : A19070119

Du : 03-07-2019

Prescripteur : Dr SEBTI FAYCAL

Normes

Antériorités

**BACTERIOLOGIE****Intradermo-réaction à la tuberculine (IDR)**

Date de réalisation

03-07-2019

Date de lecture

06-07-2019

Résultat

Positif 18 mm/ 18 mm

