

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-454146

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10142 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MAIFFI HIND  
 Date de naissance :  
 Adresse : 27 ARIST LAKBIN Residence CAMPANIA  
 6e étage N° 19 Casablanca  
 Tél. : 0661309923 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : 02 OCT 2019  
 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 : Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com




### 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

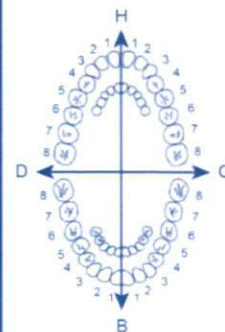
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/09/19	25 + 218	670.0000

### AUXILIAIRES MEDICAUX

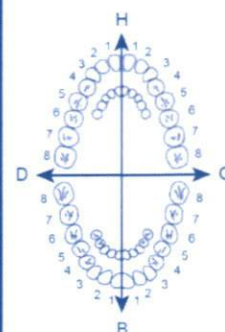
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.

Radiologue

Dr BENYAHIA Z.

Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa  
Patente : 34770967 I.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 20/09/2019

## Facture

Nom & Prénom : **MAIFFI HIND**

Date d'examen : 20/09/2019

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE MAMMAIRE POUMON F	
Montant TOTAL	680 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**SIX CENT QUATRE VINGT DH**

**RADIOLOGIE MAARIF**  
**BERRADA M. BENYAHIA Z.**  
17, Rue Med Bahi  
Tél: 0522 25 74 82  
Fax 0522 23 77 05

17, Rue Mohamed BAHl (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-  
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705



# مصحة الزهور CLINIQUE LES FLEURS

Gynécologie - Obstétrique - Maternité - Maladie du Sein et Chirurgie Mammaire  
Chirurgie Générale - Urologie - Chirurgie Endoscopique (Coelio - chirurgie, Hystérocopie...)  
Centre de Procréation Médicalement Assistée (Fiv - Stérilité ...)

16, rue des Hôpitaux - 20360 CASABLANCA

CNSS 1449447 - Patente 363115910 ICE : 00 166 827 30000 34

Tél 05 22 22 26 16 - 05 22 22 09 90 - URGENCE : 05 22 27 80 63 Fax 05 22 29 94 47

Direction : 06 61 05 53 34 Administration : 06 61 09 39 80 Sage femme : 06 61 11 35 54

E-mail : cliniquelesfleurs@yahoo.fr

**Dr. Driss TALI**  
Gynécologue Obstétricien  
Angle Bd. El Fida Rue 29 N° 17 Bouchentouf - Casa  
Tél : 0522 85 43 45 - Urgence : 06 61 42 48 91  
Clinique les Fleurs : 0522 22 26 16 / 0522 22 09 90

Docteur

**Permanence 24 h sur 24 h**

Casablanca, le

19 / 09 / 19

Je MAIRI Hind

Fz SVL

**RADIOLOGIE MAARIF**  
**BERRADAM. BENYAMLA Z**  
17, Rue Med Bahi  
Tél: 0522.25.74.82  
Fax: 0522 23 77 05

Echo mammaire

**Dr. Driss TALI**  
Gynécologue Obstétricien  
Angle Bd. El Fida Rue 29 N° 17 Bouchentouf - Casa  
Tél : 0522 85 43 45 - Urgence : 06 61 42 48 91  
Clinique les Fleurs : 0522 22 26 16 / 0522 22 09 90



Casablanca , le 20/09/2019

R/S

Mme. MAIFFI HIND

**Rx POUMONS FACE :**

- Thorax symétrique.
- Pas de foyer pleuro-parenchymateux d'allure évolutive.
- Silhouette cardio-médiastinale normale.

**ECHOGRAPHIE MAMMAIRE BILATERALE :**

- Le balayage échographique des deux seins retrouve des formations kystiques mammaires bilatérales, à paroi fine, et à contenu homogène sans vascularisation au doppler, deux au niveau du QIE droit, mesurant 20,7 x 11,1 et 8,9 x 6,5 mm, une au niveau du quadrant externe droit, mesurant 10 x 3,4 mm une à l'union des quadrants supérieurs droits, mesurant 5,6 x 3,1 mm, cinq au niveau QSE gauche, les plus volumineux mesurant 11,7 ; 6 ; 4,1 mm, deux au niveau du QSI gauche, mesurant 3,6 et 8,3 mm de diamètre, une retro-aréolaire gauche mesurant 9 x 3 mm de diamètre
- Absence de lésion atténuante.
- Absence d'adénopathie axillaire suspecte décelable.

**AU TOTAL :**

- **ASPECT ECHOGRAPHIQUE D'UNE DYSTROPHIE MAMMAIRE KYSTIQUE SANS CARACTERE SUSPECT NOTABLE**

RADIOLOGIE MAARIF  
BERDAM. BENVAHIA Z.  
17, Rue Med Bahi  
Tél: 0522.48.74.82  
Fax: 0522.25.17.05

Avec mes amicales salutations.