

# 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.

## Educateur :

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.

## Prothésiste 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- 066217

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523 Société : AT

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEBBATA Abdelhakine

Date de naissance : 21.01.1952

Adresse : 15, rue Apou Youssef El Mezougui

La Vilette - Casablanca

Tél. : 06 83 98 40 73 Total des frais engagés : 800 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/07/2015

Nom et prénom du malade : El Ouassili Samia Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Neuropathie Symptomatique

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) :



# 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
28/12/2020	S			DR. ZAKOUM ZAKOUM Généraliste 17, Rue Mohamed Bahi Tél: 0522 25 74 82 / 0522 25 18 61

# 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
RADIOLOGIE MEDICALE BENYAKOUB Mohamed Bahi Tél: 0522 25 74 82 / 0522 23 77 05	21/07/20	E 50 K 40	800 DHS

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXEC

Casablanca , le 21/07/2020

R/S

**EL OUARDIGHI SOUMIA**  
**DR BENJELLOUN AFAF**

**ECHO- MAMMOGRAPHIE BILATERALE :**

- Seins symétriques en involution grasseuse, densité type A.
- Absence de surcroît d'opacité anormale.
- Absence de macrocalcification.
- Absence de foyer de microcalcification ou de foyer de désorganisation architecturale décelable.
- Revêtement cutané fin et régulier.
- Prolongements axillaires libres.
  
- Le balayage échographique n'objective pas de lésion kystique ou tissulaire décelable au niveau des deux seins.
- Absence d'adénopathie axillaire suspecte décelable.

**AU TOTAL :**

- **ÉCHO-MAMMOGRAPHIE NE RÉVÉLANT PAS D'ANOMALIE NOTABLE.**
- **EXAMEN CLASSE BIRADS 1 DE L'ACR.**

**Avec mes amicales salutations.**

**Dr. BENYAHIA ZII**  
RADIOLOGIE MAMMAIRE  
BERRADA. M. BENYAHIA Z  
17, Rue Med. Bahi  
Tél : 0522.25.74.82  
Fax : 0522.23.77.05

Docteur Afaf BENJELLOUN

Gynécologue - Obstétricien

Diplômée de la faculté de médecine  
de Casablanca

Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris



الدكتورة عفاف بنجلون

اختصاصية في أمراض النساء و الولادة

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le 08/04/2020 الدار البيضاء في

N. El Ouassilchi Samia

62 ans

Amniographie de 1200g -  
+ Echographie mammaire

RADIOLOGIE MAARIF  
BERRADA M. BENYAHIA Z.  
17, Rue Med. Bahi  
Tél : 0522.25.74.82  
Fax : 0522.23.77.05

185, شارع الزرقطوني، إقامة الزرقطوني - شقة 2 - الطابق الثاني - المعاريف - الدار البيضاء 20330

185, Bd, Zerkoutouni, Résidence Zerkoutouni - Appt 2 - 2<sup>ème</sup> étage - Maarif - Casablanca - 20330

البريد الإلكتروني : E-mail : benjellounafaf@yahoo.fr - الفاكس : 05 22 25 77 02 - الهاتف : 05 22 25 18 60 / 05 22 25 18 61

Patente : 35760632 - IF : 14403174 - ICE : 001651061000031



## CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.  
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.  
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011/00 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa  
Patente : 34770967 I.F 1087675 I.C.E : 001745076000019

Casablanca, le 21/07/2020

### Facture

Nom & Prénom : **EL OUARDIGHI SOUMIA**  
Date d'examen : 21/07/2020

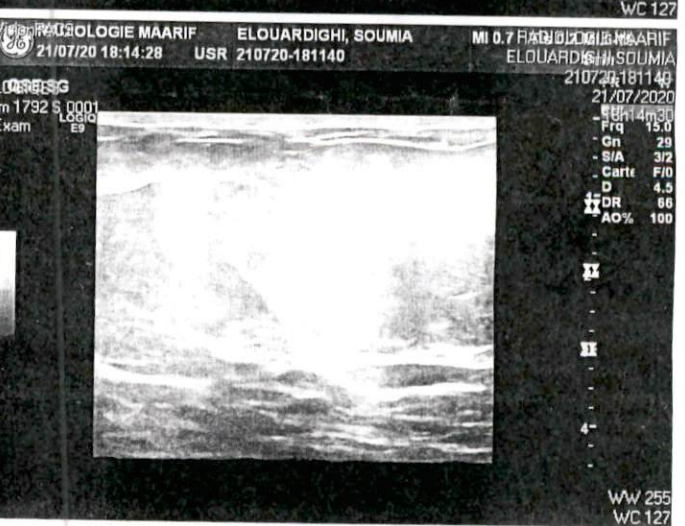
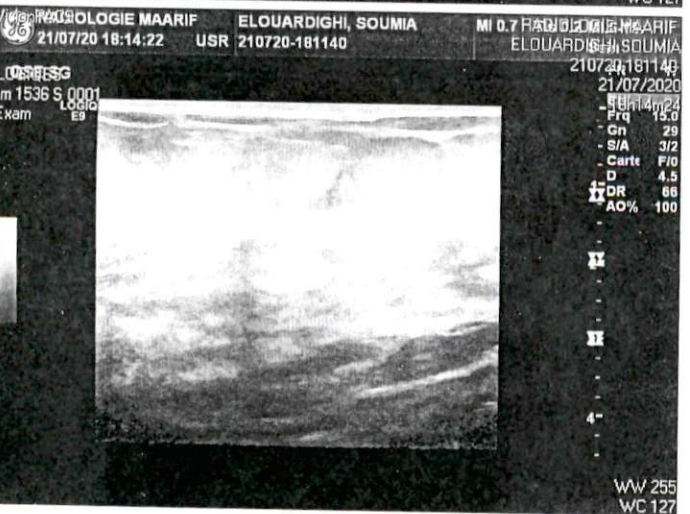
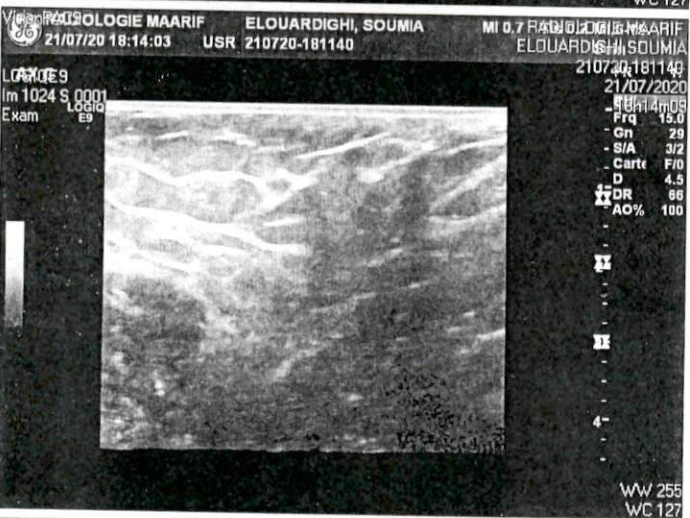
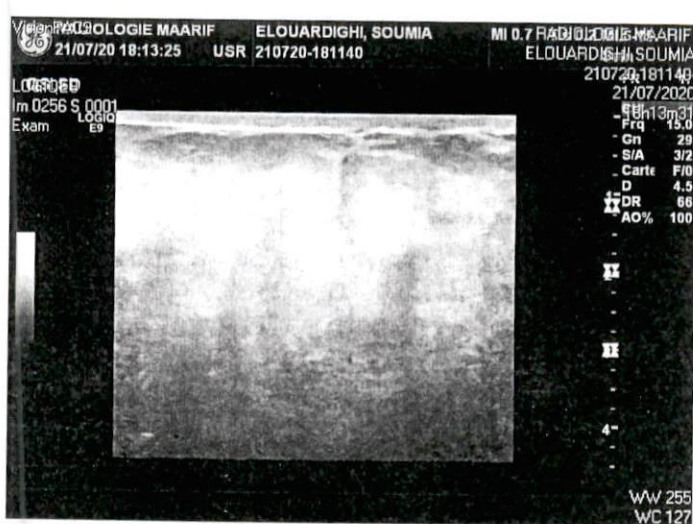
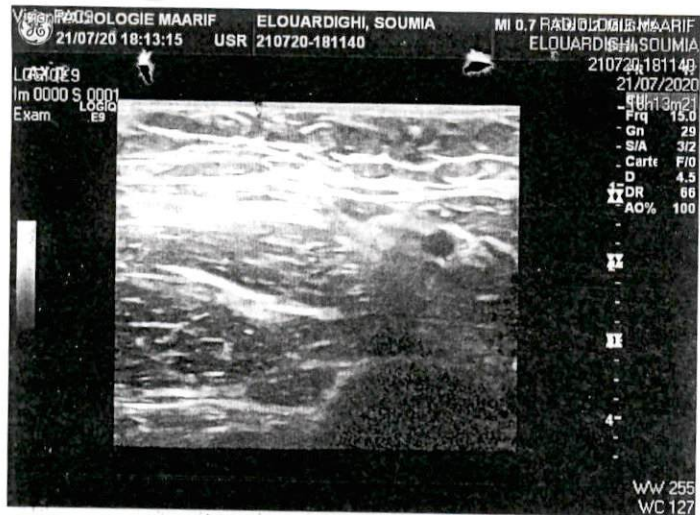
Examen(s)	
ECHO-MAMMOGRAPHIE	
Montant TOTAL	800 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**HUIT CENTS DH**

RADIOLOGIE MAARIF  
BERRADA M. BENYAHIA Z.  
17, Rue Mohamed BAHY  
Tél : 0522.25.74.82  
Fax : 0522.23.77.05

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





ELOUARDIGHI SOUMIA