

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothésaire :

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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0031215

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1118 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LOUGANI Mohamed

Date de naissance : 30-06-40

Adresse : Hay El Haddadine Rue 12 N° 1

Tél. : 0676351964 Total des frais engagés : 2416,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. MA. 31, Bd. Abdellah Semlali H. Casablanca Tél : 05 22 29 34 19

Date de consultation : 06/07/20

Nom et prénom du malade : M. LOUGANI Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : Pneumonie

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 : 07/07/20


Signature de l'adhérent(e) :

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](http://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
08/07/20	CS		9900	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/07/20	416.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/07/20	Une Sonde	2000.00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

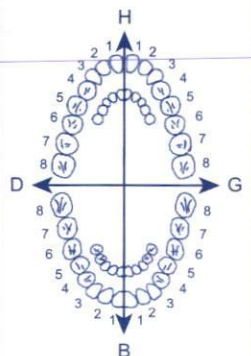
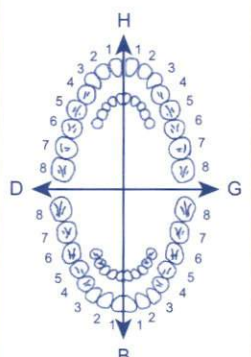
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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'EXECUTION

# CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr BERRADA M.

Radiologue

TVA n°: 705819

Dr BENYAHIA Z.

Radiologue

Patente: 34770967

Domiciliation Bancaire: compte n°013 780 01120 000183 001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa CASA

Casablanca le 16/07/2020

## ORDONNANCE

Nom & prénom : MR LOUGANI MOHAMED

Examen demande : URO-SCANNER

PHARMACIE  
OUEJ JADID  
240, Bd Brahim Roudar  
Tél: 05 22 99 57 46

- ULTRAVIST 50 ML 2BOITES.

208,00  
x 2

416,00

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

17, Rue Mohamed BAHY (ex. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des Taxis-  
Maârif. Casablanca 20 100. Tél.: 022 25.74.82 / 23.79.34 / 25.30.30. Fax: 022 23.77.05

LOT

KT053P3

EXP

10.2022

Ultravist 300 mg/ml  
50 ml de sol inj  
Iopromide



P.P.V. : 208,00 DH

Bayer S.A.



LOT

KT05TCC

EXP

02.2023

Ultravist 300 mg/ml  
50 ml de sol inj  
Iopromide



P.P.V. : 208,00 DH

Bayer S.A.



**DOCTEUR MAJD EL ALAMI**

**Médecine Générale**

Ancien Médecin attaché des Hôpitaux (France)

D.U. Diététique et Maladies de la Nutrition

(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité...)

**الدكتور مجد العلمي**

**الطب العام**

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات (فرنسا)

شهادة جامعية في الحمية وأمراض التغذية

(السكري - السمنة - الكوليسترول)

Casablanca, le : 28/07/20 : الدار البيضاء في :

N° Lougani Nourredine

Up Scanner

الدكتور مجد العلمي  
Dr. MAJD EL ALAMI  
31 شارع عبد الله الصنهاجي حي الأمل 3 - الدار البيضاء  
31, Bd Abdellah Senhaji Hay El Amal III - Casablanca  
Tél : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76

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

31. شارع عبد الله الصنهاجي - حي الأمل 3 - الطابق الأول - الدار البيضاء  
31, Bd Abdellah Senhaji - Hay Amal 3, 1<sup>er</sup> Etage - Casablanca  
Tél. : Cabinet : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76



## 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 16/07/2020

### Facture

Nom & Prénom : **LOUGANI MOHAMED**

Date d'examen : 16/07/2020

Examen(s)	
URO-SCANNER	
Montant TOTAL	2000 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**DEUX MILLE DH**

**RADIOLOGIE MAARIF**  
BERRADA M. BENYAHIA Z.  
17, Rue Med. Bahi  
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



# عيادة طبية للفحص بالأشعة

## CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

### IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Dr. BENYAHIA Zakaria  
C.E.S de Radiologie

Dr. BERRADA Mohamed  
C.E.S de Radiologie

H/Z

Casablanca , le 16/07/2020

Mr. LOUGANI MOHAMED  
DR EL ALAMI MAJD

■ I.R.M. (1,5 Tesla )

■ SCANNER VCT  
(64 Barettes)  
Angioscanner  
Coroscanner  
coloscanner  
Denta-Scanner

■ SCANNER  
CORPS ENTIER

■ DENSITOMETRIE  
BIPHOTONIQUE

■ RADIOLOGIE  
NUMERIQUE

■ MAMMOGRAPHIE  
NUMERIQUE

■ PANORAMIQUE  
DENTAIRE  
NUMERIQUE

■ ECHO-DOPPLER  
COULEUR

#### SCANNER SPIRALE THORACIQUE :

Techniques : Coupes axiales jointives de 2,5 mm avec reconstructions.

Produit de contraste : Avec

#### Résultats :

- Les coupes réalisées avant injection montrent la présence d'une petite calcification corticale rénale droite, mesurée à 4,5 mm.  
Pas de calcification rénale gauche ni vésicale.
- Après injection du produit de contraste, les reins sont de taille normale de contours réguliers, la néphrographie est symétrique et se fait dans les délais physiologiques sans dilatation des cavités pyélocalicielles.  
À noter la présence de multiples kystes rénaux bilatéraux, dont le plus important est mesuré à 26,9 mm à gauche.
- La vessie est de morphologie normale. Pas d'anomalie pariétale ou endoluminale.
- Pas d'anomalie abdominale par ailleurs.

#### AU TOTAL :

- LITHIASE RÉNALE DROITE SANS RETENTISSEMENT SUR LA FONCTION RÉNALE.
- PETITS KYSTES RÉNAUX BILATÉRAUX

Avec mes amicales salutations.

RADIOLOGIE MAARIF  
Dr. BERRADA M.  
17, Rue d'Alger  
Tél : 0522.25.30.30  
Fax : 0522.23.77.05

16, Rue Mohamed BAH  
(EX. Rue Meissonier)  
en face du bureau de pointage  
des taxis - Maarif  
20 100 Casablanca  
Radiologie du Maarif :  
Tél. : 05.22.25.74.82  
05.22.25.30.30  
05.22.23.79.34  
Fax : 05.22.23.77.05  
I.C.E : 001745076000019  
Centre IRM du Maarif :  
IRM : 05.22.23.23.12  
05.22.99.30.31  
Fax : 05.22.25.38.73  
irm-maarif@hotmail.fr  
I.C.E : 001744959000074  
Patente : 34770967  
I.F. : 1087675