

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

W21-846115

199603

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1291 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELOUAFI SMAILI DRISS

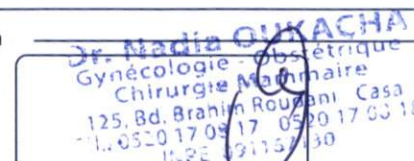
Date de naissance : 18/05/1950

Adresse : 48 bis Rue Imam AOUZAI MAAMIFCAH

Tél. : 0696576168 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/3/24

Nom et prénom du malade : ANNARI JOLIE Age :

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

Nature de la maladie : Anémie ferropénique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 20/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
12/3/24		5	10	

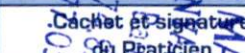
EXECUTION DES ORDONNANCES

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
	13/03/24	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	1200,00

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553			MONTANTS DES SOINS
	H		G																										
	25533412	21433552																											
	00000000	00000000																											
	D		B																										
	00000000	00000000																											
	35533411	11433553																											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires	DATE DU DEVIS																							

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

Casablanca, le 13/03/2024

FACTURE

N/Ref : Facture N° FA2895/2024

Nom & Prénom : **AMMARI JALILA**

Date d'examen : 13/03/2024

Examen(s)	
TOMO MAMMOGRAPHIE SYNTHESE	
Montant TOTAL	1200 DH

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

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

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



- Diplômée de la Faculté de Médecine de Lille France
- Ex Praticienne des Hôpitaux de France
- Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique
- Echographie de dépistage 4D - Médecine Foetale
- Chirurgie et Oncoplastie Mammaire
- Coelioscopie - Hystérocopie
- Colposcopie - Infertilité du Couple
- Chirurgie Esthétique Vulvovaginale

- خريجة كلية الطب بليل فرنسا
- إختصاصية ملحقه سابقا بالمستشفيات الفرنسية
- إختصاصية في أمراض وجراحة النساء والتوليد
- الفحص بالأمواج الصوتية - الطب الجنيني
- جراحة سرطان الثدي وإعادة تقويم الثدي
- الجراحة بالمنظار الباطني - عقم الزوجين
- تشخيص أمراض عنق الرحم بالمنظار
- جراحة التجميل الفرجية

Casablanca, le :: الدار البيضاء, في

12 mars 2024

MME AMMARI JALILA

TOMOGRAPHIE ET ECHOGRAPHIE MAMMAIRE BILATERALE

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

Dr. Nadja OUKACHA
Gynécologie - Obstétrique
Chirurgie Mammaire
125, Bd. Brahim Roudani, Casa
Tél: 0520 17 08 17 0520 17 03 18
Fax: 0520 17 03 18

📍 125 Bd. Brahim Roudani
Appt N° 11 - Maârif
Casablanca

☎ 05 20 17 08 17
☎ 05 20 17 08 18
☎ 06 06 12 12 13

📍 125 شارع إبراهيم الروداني
الشقة رقم 11 - المعاريف
الدار البيضاء

R/S

Casablanca le 13/03/2024

Mme. AMMARI JALILA
DR OUKACHA NADIA.

TOMO- MAMMOGRAPHIE SYNTHÈSE
ECHOGRAPHIE MAMMAIRE :

- Seins symétriques en involution graisseuse partielle, densité type B.
 - Macrocalcification bénigne du sein droit.
 - Absence de surcroît d'opacité suspect.
 - Absence de macrocalcification.
 - Absence de foyer de désorganisation architecturale décelable.
 - Absence de regroupement suspect de microcalcification
 - Revêtement cutané fin et régulier.
 - Opacité du prolongement axillaire ganglionnaire
-
- Le balayage échographique n'objective pas de lésion kystique ou tissulaire décelable au niveau des deux seins.
 - Absence de foyer atténuant.
 - Revêtement cutané fin et régulier.
 - Absence d'adénopathie axillaire suspecte décelable.

AU TOTAL :

- **ÉCHO-MAMMOGRAPHIE NE RÉVÉLANT PAS D'ANOMALIE NOTABLE.**
- **EXAMEN CLASSE BIRADS 2 DE L'ACR à DROITE ET BIRADS 1 DE L'ACR à GAUCHE.**

Avec mes amicales salutations

DR BENYAHIA Z.
RADIOLOGIE
ERRADAM. BENYAHIA Z.
Rue Med Bahi
Tel 0522.25.74.82
Fax 0522.23.77.05