

# 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.

## 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](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)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 055502

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1410 Société : 47610

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LARAKI MOHAMED

Date de naissance : 17-11-1951

Adresse : 107 Rue des Ourjouanes DES REDA

HAT RAHA CASABLANCA

Tél. 06.63.72.31.71 Total des frais engagés : 1050 dh

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KARHAT SABAH Age: 63 ans

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

Nature de la maladie : CONTROLE ANNUEL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 1 / NOV. 2020

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 : 16 / 11 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|

|          |  |    |        |  |
|----------|--|----|--------|--|
| 11/11/20 |  | 03 | 250 DH |  |
|----------|--|----|--------|--|


# 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 |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|---|------|------------------------------|------------------------|

|  |          |     |        |
|--|----------|-----|--------|
|  | 13/11/22 | 880 | 880 DH |
|--|----------|-----|--------|

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

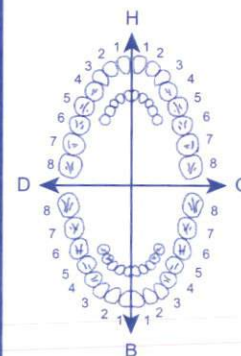
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

# SOINS DENTAIRES

| Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|----------------|------------------|-------------|
|----------------|------------------|-------------|



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

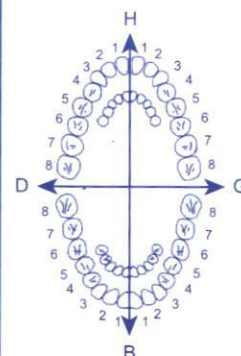
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          | G |  |
|----------|----------|---|--|
| 25533412 | 21433552 |   |  |
| 00000000 | 00000000 |   |  |
| B        |          | G |  |
| 00000000 | 00000000 |   |  |
| 35533411 | 11433553 |   |  |

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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



## CENTRE DU SEIN CASA

DÉPISTAGE - PRÉVENTION  
TRAITEMENT ET CHIRURGIE DU SEIN

**PROFESSEUR**

**RAJAA AGHZADI ÉP. TRAKI**

CHIRURGIE GÉNÉRALE  
CHIRURGIE DIGESTIVE ET CANCÉROLOGIQUE

**CHIRURGIE DU SEIN**

(ONCOPLASTIQUE - RECONSTRUCTION DU SEIN)

Casablanca, le: .....

11/11/20

Sabah Lekaki

manuscrite

RADIOLOGIE Abou Madi  
27, Rue Ilyssa Abou Madi  
Apprt N°3 - Gauthier - Casablanca  
Tél: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58  
Fax: 0522 47 40 09

Professeur AGHZADI Raja TRAKI  
Chirurgien  
Maladies du Sein  
17, Rue Oudjass  
la Côte Commune Mâarif  
Casablanca - Tél: 0522 20 34 55

17, Rue Kadi Iass, 2<sup>ème</sup> étage (à côté de la commune Mâarif) - Casablanca

Tél.: 05 22 98 66 55 - Fax: 05 22 98 66 56 - Gsm: 06 61 14 79 70

E-mail: aghzadir@gmail.com



Nom & prénom : LARAKI SABAH

FACTURE N° : 20/019771

Date : 13/11/2020

| <u>Examen</u>                        | <u>Montant</u> |
|--------------------------------------|----------------|
| MAMMOGRAPHIE BILATERALE TOMOSYNTHESE | 800,00         |
| <u>Total Montant</u>                 |                |
| 800,00                               |                |

Arrêtée la présente Facture à la somme de:  
HUIT CENT DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES Le 13/11/2020

Relevé d'identité bancaire  
Banque Centrale Populaire  
Agence Massira  
88, bd massira el khadra Casablanca  
Compte n°: 190 780 21211 9307191 000 7 73





Casablanca le 13/11/2020

**Dr. Mustapha AKIKI**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. M. AZ El-Arab BERRADA**

Spécialiste en Radiologie  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. Hakima BENKIRANE  
Ep. Benjelloun**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd  
Diplômée de Paris  
en Imagerie de la femme

**Dr. Imad HANAFI**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Bruxelles  
Ex. Praticien hospitalier  
des hôpitaux de Paris  
Radiologie Conventionnelle  
et Interventionnelle

**Dr. Alae MRANI ZENTAR**

Spécialiste en Imagerie Médicale  
Radiologie Interventionnelle  
Cancérologique et Cardio-Vasculaire  
Lauréat de l'université de Versailles-  
Saint-Quentin-en-Yvelines

**PATIENT  
MEDECIN TRAITANT  
EXAMEN REALISE  
M.**

**LARAKI SABAH  
PR. AGHZADI RAJA TRAKI  
MAMMOGRAPHIE TOMOSYNTHESE**

Seins de volume asymétrique avec un volume mammaire plus réduit du côté droit. stigmatisme d'intervention chirurgicale.  
Seins de densité grasseuse de type B sans opacité spiculée d'allure suspecte ni de foyer de micro-calcification.  
Macrocalcifications d'allure bénigne du quadrant interne droit.  
Prolongements axillaires libres de toute anomalie suspecte.  
Revêtement cutané fin et régulier.

**Conclusion :**

**Mammographie ne révélant pas de lésion suspecte résiduelle ou récidivante.**

**Examen classé ACR 2.**

**A surveiller.**

Confraternellement  
DR BENKIRANE H.  
INPE : 091023531

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle
- Diagnostic et Thérapeutique