

# 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° M21- 069108

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9865 Société : 20136  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AOUZAL Thani  
Date de naissance : 20/06/1973  
Adresse :  
Tél : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 07/09/2022  
Nom et prénom du malade : AOUZAL ILYAS Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Ophalmologie  
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) :

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
07/09/2021			150,0004	

**Dr. El Arabi Redouane**  
 Médecin Agréé par  
 le Ministère de La Santé  
 Aut. N° : 1539  
 Tél: 05.22.93.03.09

# 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
Centre de Radiologie M. Boumshil - Roubaix Baselance - 2022 Tél: 05 22 93 04 93 - Fax: 05 22 93 55 51	07/9/21	T.M. Crane	1209,00

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
		<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



Dr Redouane EL ARABI

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme

Petite Chirurgie - Circoncision

الدكتور رضوان العربي

الطب العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

الجراحة الصغيرة - الختان

Casablanca, le.....

الدار البيضاء، في.....

07.09.2014  
C. El ARABI 27/09

Dr. Redouane EL ARABI

Dr. EL ARABI Redouane  
Médecine Générale  
141, Lot Fatah - R.D.C.  
N°2 El Ouhl  
Tél : 05 22 93 03 09

Centre de Radiologie El Ouhl  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
Tél : 05 22 93 04 93 Fax : 05 22 93 03 09

تجزة الحاج فاتح - الرقم 141 - الطابق السفلي - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 93 03 09

Lotissement Hadj Fateh - Lot 141 - R.D.C.-Appt.2-Casablanca-Tél.: 05 22 93 03 09



# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spécialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spécialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 07/09/2021

**FACTURE N°08719/2021**

**NOM & PRENOM: AOUZAL ILYAS**

EXAMEN	MONTANT
TDM DU CRANE	1200 DH
TOTAL	1200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :MILLE DEUX CENTS DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2  
Casablanca - 20220  
Tél: 05 22 93 04 93 - Fax: 05 22 93 56 37

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca  
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563  
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057  
E-mail: [radiologie-oulfa@.com](mailto:radiologie-oulfa@.com)



**Docteur Fatiha LASRI**  
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

**Dr Bouchaïb EL MDARI**  
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 07/09/2021

PATIENT : **AOUZAL ILYAS**  
MEDECIN TRAITANT : **DR. EL ARABI Redouane**  
EXAMEN(S) REALISE(S) : **TDM DU CRANE**

**TECHNIQUE :**

Acquisition hélicoïdale en coupes fines de 1.25 mm avec reconstructions sagittales et coronales sans injection de produit de contraste.

**RESULTAT :**

- Absence d'anomalie de densité parenchymateuse en sus et sous tentoriel.
- Les structures médianes sont en place.
- Le système ventriculaire est en place et de morphologie normale.
- Citernes de la base libres.
- Absence de lésion osseuse.
- Comblement total des cellules ethmoïdales et partiel des sinus maxillaires.

**CONCLUSION :**

- TDM cérébrale ne révélant pas d'anomalie.
- Comblement total des cellules ethmoïdales et partiel des sinus maxillaires.

Confraternellement

**DR.ELMDARI BOUCHAIB**

I.S\*

**Dr Bouchaïb EL MDARI**  
Médecin Radiologue  
Centre de Radiologie El Oulfa

**Centre de Radiologie El Oulfa**  
Bd. Oum Rabi, Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
Tél : 05 22 93 04 93 Fax : 05 22 93 56 37