

## 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.

### 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 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

N° W21-654944

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9889 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENAMAR YASSIR

Date de naissance : 29/07/73

Adresse : RES FATINE N°9 RUE AHMED CHARCI CASA

Tél. : 066162001 Total des frais engagés : 330

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/07/22

Nom et prénom du malade : Yassir ASSIR

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

Nature de la maladie : affaiblissement

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 : CASA

Le : 18/07/2022

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
28/05/22	C	1	180,00	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laborant et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/05/22	18	180,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
	<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	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																





## Ordonnance

Casablanca, le : 27/6/2022 : الدار البيضاء، في:

ASSABANE Agnès

de Thionville

for

DR ESSARRAJ HOUDA  
Médecine Générale  
Lot EL ANSARI N° 123 Dar Bouazza  
Tél: 0522.29.09.12

RADIOLOGIE MAARIF  
BERRADA M. BENYAHIA Z  
17, Rue Med Bahi  
Tél: 0522.26.74.82  
Fax: 0522.23.77.06

## 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 28/06/2022

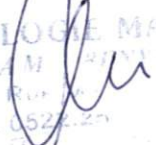
### Facture

Nom & Prénom : **ASSABBANE MERYEM**

Date d'examen : 28/06/2022

Examen(s)	
POUMON F	
Montant TOTAL	180 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**CENT QUATRE VINGT DH**

  
RADIOLOGIE MAARIF  
BERRADA M. BENYAHIA Z.  
17, Rue Mohamed BAH  
Tél: 0522257482

# BILAN BIOLOGIQUE

Le : 20/06/2022

Nom/Prénom : LEONARD Age : 15 Sexe : H ☐ F ☐

## Hématologie

- ☒ NFS
- ☒ Plaquettes
- ☒ VS
- ☒ CRP
- ☐ Hémoculture + Antibiogramme

## Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☒ Ferritine
- ☐ Transferrine

## Hémostase

- ☐ Temps de prothrombine
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ INR

## Bilan glycémique

- ☒ Glycémie à jeun
- ☒ HGP0 75 g
- ☒ Hémoglobine glyquée

## Ionogramme sanguin

- ☐ Na<sup>+</sup>
- ☐ K<sup>+</sup>
- ☐ Cl<sup>-</sup>
- ☒ Ca<sup>++</sup>
- ☒ Phosphore
- ☐ Mg
- ☐ Bicarbonates (HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>)
- ☐ Urée
- ☒ Créatinine
- ☐ Acide urique

## Examen des urines

- ☐ Protéinurie des 24h
- ☐ ECBU + Antibiogramme
- ☐ Microalbuminurie des 24h
- ☐ Microalbuminurie sur échantillon d'urine du matin

## Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ Amylasémie
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ Phosphatases ACIDES
- ☐ Phosphatases Alcalines
- ☐ Lactate Déshydrogénase LDH
- ☒ Transaminases ASAT, ALAT
- ☒ Gamma-GT
- ☐ CPK (Créatine Phosphokinase)
- ☐ Troponine
- ☐ Electrophorèse des protéines EPP
- ☐ BNP

## Sérologie et immunologie

- ☐ TPHA-VDRL
- ☐ Hépatite B
  - ☐ Antigène Hbs
  - ☐ Anticorps Anti-Hbs
  - ☐ Anticorps Anti-Hbc
  - ☐ Anticorps Anti-Hbe
- ☐ Hépatite C
  - ☐ Anticorps Anti-HVC
- ☐ Sérologie Toxoplasmose
- ☐ Sérologie Rubéole
- ☐ Facteur Rhumatoïde (Latex, Waaler Rose)
- ☐ Anticorps anti-nucléaires
- ☐ Anticorps anti-DNA natif
- ☐ ASLO
- ☐ Dosage du complément
- ☐ Sérologie HIV

## Exploration de la prostate

- ☒ PSA

## Bilan lipidique

- ☐ Cholestérol total
- ☐ Cholestérol HDL
- ☐ Cholestérol LDL
- ☐ Triglycérides

## Groupe sanguin

- ☐ ABO
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI

## Bilan thyroïdien

- ☐ T3L
- ☐ T4L
- ☒ TSF
- ☐ Ac Anti - TPO
- ☐ Ac Anti - TG
- ☐ TRAK

## Bilan de la fonction rénale

- ☐ Créatinine
- ☐ Urée plasmatique

## Exploration de la prostate

- ☐ PSA

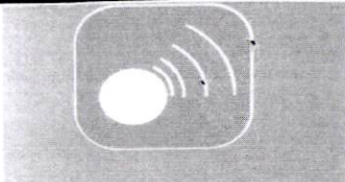
## Enzymes musculaires

- ☐ LDH
- ☐ CPK
- ☐ CPK-mb

## Ionogramme urinaire

- ☐ Ca<sup>++</sup>
- ☐ Phosphore
- ☐ Na<sup>+</sup>
- ☐ K<sup>+</sup>
- ☐ Cl<sup>-</sup>
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine

Autres :



عيادة طبية للفحص بالأشعة  
**CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF**  
DR.BENYAHIA.Z DR.BERRADA.M  
Tel:05 22 25 74 82.23 79 34\25 30 30

Date : 28/06/2022

17

Vous n'êtes pas porteur de PaceMaker : NON

ID Patient : 137948

Age : 46 ans

Poids : Kg

Suivi par : Dr.BENYAHIA Z

Date d'examen : 28/06/2022 15H 05

Nom et prénom : Mme. ASSABBANE MERYEM

Résultat prévu : 29/06/2022 11H 10

Examen (s): POUMON F

PC :

Montant : 180DH payé :180 DH Reste:0 DH





# 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

Casablanca , le 28/06/2022

Mme. ASSABBANE MERYEM  
DR ESSARRAJ HOUDA

■ 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

#### Rx POUMONS FACE :

- Thorax symétrique.
- Pas de foyer pleuro-parenchymateux d'allure évolutive.
- Silhouette cardio-médiastinale normale.

16, Rue Mohamed BAHJ  
(EX. Rue Melssonier)  
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

*Avec mes amicales salutations.*

Dr. BENYAHIA Z  
Tél : 05.22.25.74.82  
Fax : 05.22.23.77.05  
17, Rue Mohamed BAHJ  
BERRADA M. BERRADA M.  
RADIOLOGIE DU MAARIF