

# 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

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

M22- 0027020

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3235 Société : RAM - MUPRAS  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NEFDI Naima  
 Date de naissance : 1-1-45  
 Adresse : Res du Palais Rue AHMED CHARCI 2ème étage  
 Tél. : 0661156976 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/10/2022  
 Nom et prénom du malade : NEFDI Naima Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : 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 : 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
31/10/2022		C2	300	
03/11/2021		Demande		

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>400, Rue de la République Tél: 05.22.23.13.02 - Fax: 05.22.23.13.04 e-mail: f.roudani@hotmail.fr</p> <p><b>LABORATOIRE DE DIAGNOSTIC</b> F. Roudani - Casablanca F. Roudani - Maârif</p>	02/11/22	kg	500,00

[illegible]

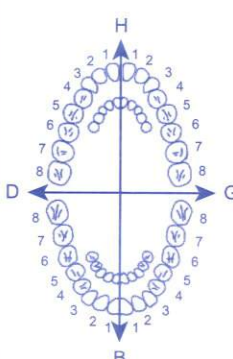
[REDACTED]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

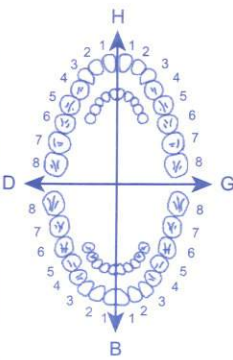
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### 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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	

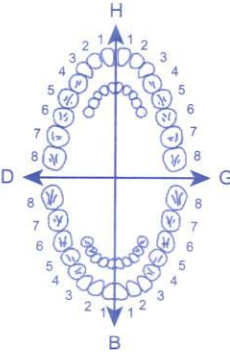
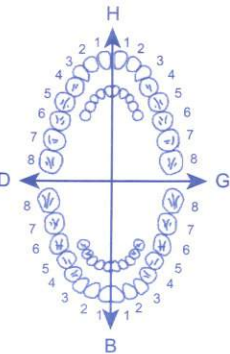
  

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <hr style="width: 100%;"/>           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: left;"> <b>G</b>            00000000            11433553         </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

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				
		<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D<div>0000000000000000</div>G</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
		<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				MONTANTS DES SOINS
						DATE DU DEVIS
						DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.ZOBIR BENALLAL Fatima Zahra

SPECIALISTE

GYNECOLOGUE-OBSTETRICIENNE

Gynécologie médico - Chirurgicale

Grossesse à haut risque - Accouchements

Maladies des Seins - Echographie

الدكتورة الزبير بن علال فاطمة الزهراء

اختصاصية

أمراض النساء و التوليد

الولادة - الحمل المستعصي

الجراحة النسوية - أمراض الثدي

الفحص بالصدى

Casablanca, le

31/10/2022

M. Negdi Naima

Echographie mammaire

(Fonctionnement de son appareil)  
(Niveau 2018 ACRS)

Dr. Abderrahim ADIL  
RADIOLOGUE  
400, Bd Branly - Casablanca  
Tél: 0522 49 11 94 / 0522 49 11 94  
e-mail: f.rouhani@orange.ma

Dr. MSEFER FAROUK YAFAS  
RADIOLOGUE

Dr. F.Z ZOBIR BEN ALLAL  
Gynécologue - Obstétricienne  
Angle Bd Ziraoui, Rue Med Sedki  
Rés. Palmerais Verte III, 1er Etage  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 49 11 94 - Gsm: 06 67 73 14





# مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 02/11/2022

FACTURE N° : FA:00 10421/22

Nom : NEJDI NAIMA

Arrêtée la présente facture à la somme de :

500,00 Dhs

CINQ CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

500,00 Dhs

Total de :

500,00 Dhs

Mode de règlement : CHEQUE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC  
ROUDANI  
400, Bd Brahim Roudani - Maârif  
20.100 - Casablanca  
Tél: 0522.25.22.96 / 05.22.23.50.70 / 05.22.25.13.04  
05.22.25.13.07 / 05.22.23.50.70 / Fax: 05.22.23.50.68  
e-mail: r.roudani@hotmail.fr



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

400, Bd. Brahim Roudani - 1ère étage - Maârif

20 100 - Casablanca

Tél. : 05 22 25 22 96 / 05 22 23 50 70 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 /

0522 25 13 07 et 0660 73 95 97 - Fax : 05 22 23 50 68

Date : 02/11/2022

Suivi par : Dr MSEFER

Nom et prénom : NEJDI NAIMA

Examen (s): ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

1

Date d'examen : 02/11/2022 09H 30

Résultat prévu : 04/11/2022 16H 10

PC :

Montant : 500DH payé : 500 DH Reste: 0 DH