

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 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1247

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HANDI AHMED

Date de naissance :

21-12-47

Adresse :

LA SIA

Tél. :

Total des frais engagés :



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

24/10/2023

Nom et prénom du malade :

Age: 772

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Crisis

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

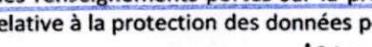
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudant conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Les des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
241011223		Gs		INP : 09103241A

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES · RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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	INP : <input type="text"/>
				CCOEFFICIENT 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 <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 B 00000000 35533411 B 11433553 </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 IF 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 25/05/2023

Facture

Nom & Prénom : **SABIKI KHADIJA**

Date d'examen : 25/05/2023

Examen(s)
GENOU F/P + SCHUSS + IFP

Montant TOTAL	560 DH
---------------	--------

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CINQ CENT SOIXANTE DH

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed BAH
Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705



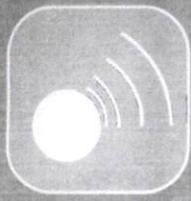
Casablanca le : 24/5/2023

Ordonnance

Nom -Prénom : SABIKI KHADISYA
Numéro AMPF :

RADIOLOGIE MAROC
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed Bahi
Tel : 0522 25 74 82
Fax : 0522 23 77 05

- Rx femme Gehr F
4 en charge > 52
- Rx femme Gehr (F)
- DFL Rx Rachit 30° Gehr
- Dr. THAÏL Radiologue - Orthopédiste
Arthroscoope



Dr. BENYAHIA Zakaria
C.E.S de Radiologie

Dr. BERRADA Mohamed
C.E.S de Radiologie

■ I.R.M. (1,5 Tesla)

■ SCANNER VCT
(64 Barettes)
Angioscanner
Coroscanne
coloscanne
Denta-Scanner

■ SCANNER
CORPS ENTIER

■ DENSITOMETRIE
BIPHOTONIQUE

■ RADIOLOGIE
NUMERIQUE

■ MAMMOGRAPHIE
NUMERIQUE

■ PANORAMIQUE
DENTAIRE
NUMERIQUE

■ ECHO-DOPPLER
COULEUR

■ Rue Mohamed Bahl
Ex. Rue Moussem
en face du bureau de poste
des taxis - Maârif
20 100 Casablanca
Radiologie du Maârif :
Tel. : 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 Maârif :
IRM : 05.22.23.23.12
05.22.99.30.31
Fax : 05.22.25.38.73
irm-maârif@hotmail.fr
I.C.E : 001744959000074
Patente : 34776967
I.F. : 1082675

عيادة طبية للفحص بالأشعة

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

H/Z

Casablanca , le 25/05/2023

**Mme. SABIKI KHADIJA
DR THAIL RACHID**

**Rx GENOU GAUCHE EN CHARGE F/P +
FACE SCHUSS + IFP :**

- Pincement fémoro-tibial interne.
- Déminéralisation osseuse.
- Pas d'anomalie ostéo-articulaire par ailleurs.
- Pas d'anomalie des parties molles.
- Pas de signe de subluxation ou de bascule de la rotule.

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA. M. BENYAHIA Z.
Dr. BERRADA M.
Tél : 0522.25.74.82
Fax : 0522.23.77.05

Avec mes amicales salutations.