

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-586797



### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1247	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		HANOU Ahmed	
Date de naissance :		21-12-47	
Adresse :		CASA	
Tél. :		Total des frais engagés : _____ Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

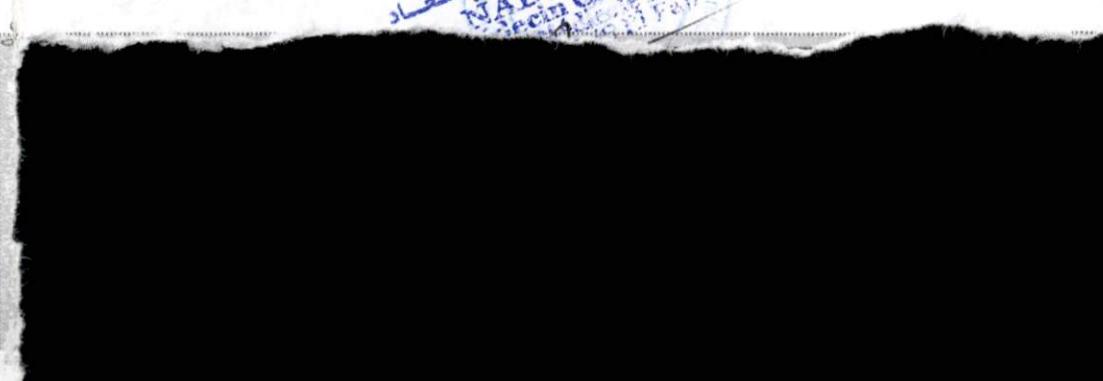
Cachet du médecin :

DE NADI Souad	Medecin Chef
03/07/23	Age : _____
<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Comjoint
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : _____	
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 : 03/07/23

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE 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
05/07/13	Chir			INP 09/12/13/19 الدكتورة المأذون DT. NADI Souad Médecin Chef Dentition Médicale D.M.

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RAOUF AL MAARIF BERRADA M. 17, Rue Med. Bahloul Tél: 022.25.74.82 Fax: 022.23.77.77	05/07/13	Scans 1 en 1	14.000 D.H.

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

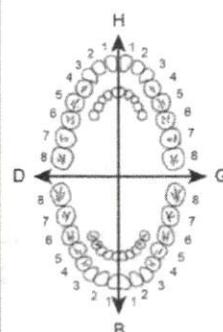
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

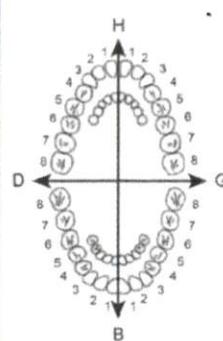
#### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				1111111111



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433562
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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Casablanca le : 03/07/2003

Ordonnance

Nom -Prénom : Sobibré boudjellé  
Numéro AMPF : \_\_\_\_\_

Mousteri bous

TDN amin



RADIOLOGIE MAARIF  
BERRADA M. BENJAHIAZ,  
17, Rue Med. Bahi  
Tel: 0522.25.74.82  
Fax: 0522.23.77.65

ASSOCIATION MAROCAINE  
DE PLANIFICATION FAMILIALE  
Organisation Marocaine des Droits en SSR  
Branche de Casablanca



الجمعية المغربية لتنظيم الأسرة  
المنظمة المغربية للحقوق  
في الصحة الجنسية والإغاثية  
فرع الدار البيضاء

Casablanca le : 03/07/23

Ordonnance

Nom -Prénom : Soloker Nadi  
Numéro AMPF :

Moulti baba - bahi



RADIOLOGIE MAARIF  
BERRADA. M. BENYAHIA Z.  
17, Rue Med. Bahi  
Tél: 0522.25.74.82  
Fax: 0522.22.77.05

10, rue El Koutoubia hay Al Hana, rue 30 CASABLANCA  
Tél: 05 22 36 09 14 Site web : [www.ampf.org.ma](http://www.ampf.org.ma)

## 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 04/07/2023

### Facture

Nom & Prénom : **SABIKI KHADIJA**

Date d'examen : 04/07/2023

Examen(s)	
SCANNER CEREBRAL BASSIN F	
Montant TOTAL	1480 DH

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

*RADIOLOGIE MAARIF*  
*BERRADA. M. BENYAHIA Z.*  
*17, Rue Med. Bahi*  
*Tél : 0522247482*  
*0522227705*



Dr.BENYAHIA Zakaria  
C.E.S de Radiologie  
Dr.BERRADA Mohamed  
C.E.S de Radiologie

عيادة طب الفحص بالأشعة

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF  
IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

*Casablanca , le 04/07/2023*

***Mme. SABIKI KHADIJA***

**Rx BASSIN FACE :**

- Bassin symétrique.
- Pas d'anomalie des articulations sacro-iliaques, ni coxo-fémorales.
- Pas d'anomalie osseuse.
- Minéralisation osseuse normale.

RADIOLOGIE MAARIF  
BERRADA M.BENYAHIA Z.  
~~Dr. BERRADA M.~~  
17, Rue Med. Bahl  
Tél : 0522.25.74.82  
Fax : 0522.23.77.05

*Avec mes amicales salutations.*

■ ECHODOPPLER COULEUR  
■ ECHOGRAPHIE  
■ MAMMOGRAPHIE NUMÉRIQUE

■ DENSITOMÉTRIE BIOPHOTONIQUE  
■ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRIQUE  
■ RADIOLOGIE NUMÉRIQUE

■ SCANNER VCT (64 Barettes) ■ I.R.M. (1,5 Tesla)  
Angioscanner - Corps entier  
coloscanner - Denta-Scanner



Casablanca , le 04/07/2023

**Mme. SABIKI KHADIJA**

**TDM CEREBRALE SPIRALEE :**

**Technique :** Coupes axiales jointives de 0,6 mm sans injection du produit de contraste avec reconstructions en reformat.

**Résultat :**

- Absence de lésion osseuse post-traumatique décelable.
- Pas de foyer hémorragique cérébral ou méningé.
- Pas d'anomalies du parenchyme cérébral.
- Pas de dilatation ventriculaire.
- Structures médianes en place.
- Pas d'anomalie de l'étage sous tentoriel.

**AU TOTAL :**

- **TDM CEREBRALE NORMALE.**

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

*Avec mes amicales salutations.*

■ ECHODOPPLER COULEUR  
■ ECHOGRAPHIE  
■ MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE

■ DENSITOMETRIE BIPHOTONIQUE  
■ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE  
■ RADIOLOGIE NUMERIQUE

■ SCANNER VCT (64 Barettes) ■ I.R.M. (1,5 Tesla)  
Angioscanner - Corps entier  
ctloscanner - Denta-Scanner