

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.

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

M23-000028

181228

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3150 Société : RETRAITÉE

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. CHEDDAD ABDELMAJID

Date de naissance :

Adresse : 43 Rue ABU EL ABBAS EL AZFI

MAARIF CASA

Tél. : 0522251289 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelali TLEMÇANI
Médecine Générale
Echographie
165, Av. Afghanistan H.H
Casablanca - Tél. : 05 22 50 33 90

Date de consultation : 24/11/2023

Nom et prénom du malade : CHEDDAD ABDELMAJID Age :

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

Nature de la maladie : Affection - Respiratoire et Digestive

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-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
24.10.23			209,00	Docteur Abdelali TLEMCANI Médecine Générale Echographie 166, Av. Afghanistan H.H Casablanca - Tél: 09 22 50 23 50

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme. A. EL GHANNI BAIRI Docteur en Pharmacie PHARMACIE D'INPE 47, Boulevard Bir Anzarar Tél: 0522 25 19 9 - 0522 25 19 9	24/10/23	391,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et de Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. BERRADA SOUMI K Radiologue 12, Rue d'Alger-Casablanca Tél: 0522 22 08 10/0522 22 26 56 INPE 0522 22 26 56	25/10/23	217	200 DAS

AUXILIAIRES MEDICAUX

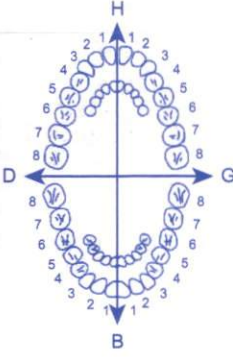
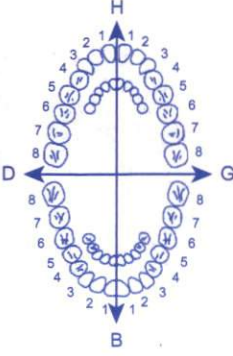
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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																
	<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>D</td> <td>G</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> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] 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. ABDELALI TLEMÇANI

MEDECINE GENERALE

Echographie

155, Avenue Afghanistan

Hay El Hassani - Casablanca

Tél. : 05.22.90.33.90

الدكتور عبد العالي التلمساني

الطب العام

أمراض النساء و الرجال و الأطفال

الفحص بالتفزة

155 ، شارع أفغانستان

حي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف 05.22.90.33.90

Casablanca, le 24 OCT. 2023

79,50 CHFODAO. ABDELMAJED

- Stimarigel

- 11590 gel

- Kioplovig m
47,80

- Dore
3810

- Malvaf
11000

- Abintzel

39120



Mme. Amal EL QABBAJ BAKRI
Docteur en Pharmacie
PHARMACIE DANTON
47, Boulevard Bir Anzarane
47.599 25 59 73 - Casablanca

PPV :
EXP :
Lot N°

47,80



Poids net: 31g
الوزن الصافي: 31g

FAB/MFR - LOT/BATCH - EXP
تاريخ نهاية الصلاحية - رقم الحصة - تاريخ الإنتاج

LOT/BATCH: S091
FAB/MFR: 08/2022
EXP: 02/2025

Lot N° :

Exp :

PPV :

2204.1
05/25
1150H90

38,50

مراقبة

Docteur Abdelali TLEMÇANI
Médecine Générale
Echographie
155, Av. Afghanistan H.M
Casablanca - Tél.: 05 22 50 33 50

Le : 24 OCT. 2023

ORDONNANCE

N° CHODAD. ABDELMAJID

- R* du jour de face

Docteur Abdelali TLEMÇANI
Médecine Générale
Echographie
155, Av. Afghanistan H.M
Casablanca - Tél.: 05 22 50 33 50

DR .BERRADA SOUNNI K
Radiologue
12, Rue d'Alger-Casablanca
Tél. : 0522 22 08 10/0522 22 26 56



الفحص بالأشعة واد المخازن

Radiologie Oued EL Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier

الدكتور خالد بريدة السوني

خريج كلية الطب
بمونبيلي

CASABLANCA , LE : 25/10/2023

I.R.M

SCANNER SPIRALE
CORPS ENTIER - 3D
Multi-barrettes

EXONEREE DE LA TVA

Facture N°: FA23/08940

CHEDDAD ABDELMAJID
ICE :

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE
Conventionnelle
Numérisée

REF.NN.

RACHIS ENTIER
Numérisée

GONOMETRIE
Numérisée

ECHOGRAPHIE
pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE
Tomosynthèse

OSTEO-DENSITO
Biphotonique

PANORAMIQUE
DENTAIRE
Numérisée

TELERADIO A 4 M
Numérisée

CONE BEAM

Désignation	Quantité	P.U	Montant
THORAX FACE	1,00	200,00	200,00
Total			200,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux cents Dirhams

Timbres fiscaux en cas de paiement en espèces
RADIO - PHOTO
OMCPTÉ BANCAIRE N° : 013780010960001050010548/BMCI ANGLE RUE D'ALGER ET RUE JEAN JACQUES - CASABLANCA
CNSS 1707572-PATENTE 35503945 IF 40400480 ICE 001598548000033

RADIOLOGIE OUED EL MAKHAZINE

05 22 22 26 56
05 22 22 08 10

12, Zénقة الجزائر العاصمة (ساحة واد المخازن) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 26 56 / 05 22 22 08 10 / الفاكس : 05 22 29 94 72

12, Rue d'Alger (Place Oued El Makhazine) - Casablanca - Tél. : 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41 - Fax : 05 22 29 94 72

Email : radiologie.om@gmail.com



الفحص بالأشعة واد المخازن Radiologie Oued El Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier

الدكتور خالد بريدة السونني

خريج كلية الطب
بمونبيلي

I.R.M

SCANNER SPIRALE
CORPS ENTIER - 3D
Multi-barrettes

CASA LE : 25.10.2023

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE
Conventionnelle
Numérisée

**NOM : CHEDDAD ABDELMAJID
DR : TLEMCANI ABDELALI
RX : POU MON DE FACE**

RACHIS ENTIER
Numérisée

GONOMETRIE
Numérisée

ECHOGRAPHIE
pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE
Tomosynthèse

OSTEO-DENSITO
Biphotonique

PANORAMIQUE
DENTAIRE
Numérisée

TELERADIO A 4 M
Numérisée

CONE BEAM

RADIO - PHOTO

- ❖ La transparence parenchymateuse est normale.
- ❖ Les cils de sac costo-diaphragmatiques sont libres.
- ❖ La silhouette cardio-médiastinale est respectée.
- ❖ A signaler quelques calcifications du bouton aortique.

**CONFRATERNELLEMENT
DR. BERRADA SOUNNI. K.**

