

# 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.

**Déclaration de Maladie : N° P19-0015914**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 8898 Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : Bencharfa Kamil Date de naissance :

Adresse : Albi Jellali

Tél. : 0522972120 Total des frais engagés : 3669.00 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/09/2017

Nom et prénom du malade : M. BENCHARFA KAMIL Age :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

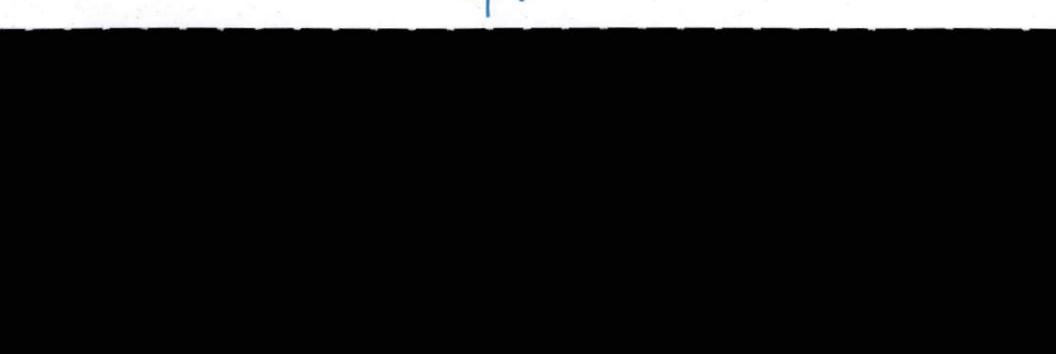
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Carabache

Le : 11/11/2017

Signature de l'adhérent(e) :



## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)

## 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
20/09/2023	U	1	338,00	Dr. AZIZ CHAHID 51, Bd. Rachid El Mekki Télé: 053 22 10 00
23/09/2023	U	1	100,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	
	23/09/2023	DR. AZIZ CHAFAI-10 319,60 Montauban de la Facture N° ordre chirurgical 2023-09-23

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur BELYARD RADIODIAGNOSTIQUE 10,50 F	21/9/23	IRM JonSauve	350082

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cache et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

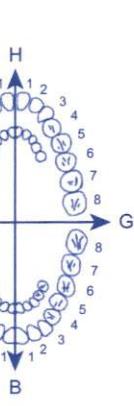
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

PROTHÉSES DENTAIRES		MASTICATRICE		COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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 colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000		35533411 11433553		B			
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
D																					
G																					
00000000																					
35533411 11433553																					
B																					
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																			
				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

**Docteur Aziz CHAFIQ**

NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie du Système Nerveux Central  
et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Ex. Chirurgien au C.H.U de Bicêtre (PARIS)

**Sur Rendez-vous**

**الدكتور عزيز شفيق**

اختصاصي في جراحة الدماغ  
و الجهاز العصبي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس  
جراح سابق بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

**بالموعد**

Casablanca, le

23/09/2023

Dr. 01/11/2023 M<sup>2</sup> Benscherif  
188.00

11 Piogedolone 300  
94.00



GTIN: 06118001260850  
LOT: 4052  
MFG: 10/2022  
EXP: 10/2025  
PPV: 94dhs00



21 Myroflex 100  
37.00

DULASTAN<sup>®</sup> 500 mg/2 mg  
Boîte de 20 comprimés 37.00  
ملينة من 20 قرص

31 Dulosten  
Dr. Aziz CHAFIQ  
Neurochirurgie  
51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA - CASABLANCA  
Téléphone : 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 77

Dr. 01/11/2023  
T 319.00

51، شارع رحال المختار - إقامة الصفا - رقم 19 - الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA - N° 19 - CASABLANCA

الهاتف : 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 77

PIASCLEDINE® 300MG

Boite de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

**Docteur Aziz CHAFIQ**

NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie du Système Nerveux Central  
et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Ex. Chirurgien au C.H.U de Bicêtre (PARIS)

Sur Rendez-vous

Casablanca, le

20 09 2023

**الدكتور عزيز شفيق**

اختصاصي في جراحة الدماغ  
و الجهاز العصبي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس  
جراح سابق بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

الدار البيضاء، في

BNM

Compt - et

pour

polio -  
play

louis

roholtz 65

Aziz CHAFIQ  
Neurochirurgien  
Bd. Rahal El Meskini - Casablanca  
0522 54 92 66

Centre BEL YAMANI Khalil  
RADIOLOGUE  
CVA  
Rue Franklin Roosevelt  
77551 Paris

51، شارع رحال المسكيني - إقامة الصفا - رقم 19

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA - N° 19 - CASABLANCA

الهاتف : 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 77

# GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

## SCANNER - IRM

- ECHOGRAPHIE
- DOPPLER - DOPPLER ENERGIE
- RADIOLOGIE DENTAIRE



- SENOLOGIE
- STEREOTAXIE MAMMAIRE
- RADIODIAGNOSTIC

### Centre d'imagerie médicale

Dr. K. Belyamani

Dr. H. Bengelloun

Dr. Z. Tazi chaoui

REFERENCE : 230921005 DATE : 21/09/2023

PATIENT BENCHEKROUN KARIM

MEDECIN TRAITANT CHAFIQ AZIZ

EXAMENS REALISES IRM LOMBAIRE

### COMPTE RENDU

#### TECHNIQUE

Coupes sagittales T1 T2.

Coupes axiales T2.

#### RESULTATS

Le canal lombaire est de dimensions normales.

Le cône terminal est en place, sans anomalie de signal.

Pas de signe de conflit disco radiculaire aux différents étages lombaires examinés.

Pas d'anomalie de signal des vertèbres et des disques.

Pas d'anomalie des parties molles.

Signé :

DR. K. BELYAMANI Khalid

Docteur BEL YAMANI Khalid  
RADIOLOGUE AMANI  
CVA  
19, Rue Franklin Roosevelt  
Casablanca

# CENTRE IRM

17-19 BOULEVARD MOULAY RACHID  
CLINIQUE DU VAL ANFA  
TEL /05.22.94.02.42/94.27.95  
FAX /05.22.36.02.38

*CASA21/09/2023*

## **FACTURE 13805/2023**

**Nom et Prénom / BENCHEKROUN KARIM**

**Examen / IRM LOMBO SACREE**

**Montant / 3000DHS**

Arrêtée la présente facture a la somme de  
**« TROIS MILLE DIRHAMS »**

**DRS -K BELYAMANI-H BENGELLOUN-TAZI CHAOUI Z**  
**Patente: 35603429- CNSS: 2565424-IF: 01003663**  
**ICE: 001701636000072 - INPE90000589**

