

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.

Médecine 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

Déclaration de 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

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

Dos n°
10946.

Déclaration de Maladie : N° P19-0017322

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **762**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL MRINI EL AGED** Date de naissance : **01.06.1943**

Adresse : **16, Bd de Lendue à CASABLANCA**

Tél. : **06 61 32 96 60** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **22/08/2012**

Nom et prénom du malade : **BOUZHARA AMINA**

Age : **59 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Mme

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 : **22/08/2012**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0017322

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
22/11/19	8	1	350,00	Dr. Azzedine Chirurgien Dr. Rahal El Meskini - Cabinet Neurochirurgical 0522540230 - 0522440000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Mohamed Lamine 26 rue de Romilly Angoulême Fax : 05 46 28 85 52	26/11/19	918,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CENTRE IRM BERRADA BERRADA M BENYAHIA 17, Rur Mohamed Bahi TEL : 0522 23 23 12 : 0522 25 38 73	23/11/19	I.P.M. service + coupe cerclage	3500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 </td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 </td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D —————— G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 </td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411 </td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	D —————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H	21433552																	
25533412	00000000																	
00000000	00000000																	
D —————— G																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>[Création, remont, adjonction] 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'EXECU

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

26/11/19

الدكتور عزيز شفيق

اختصاصي في جراحة الدماغ

والجهاز العصبي والعمود الفقري

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

بالموعد

188,00
376,00
1/11 Dipselvlin 300 S.V.
69,00 Proxylan 100 le dos
34,00 1/12 Ancef 100 ml 400
86,40 300 S.Molard 1/125 le bo
34,00 1/11 Dulosten 1/125 mg 25
918,75 Drus 01/11 1/125 mg 25

51، شارع رحال المسكيني - إقامة الصفار 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

Boîte de 30 gélules

Distribué par SotHEMA-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS

PIASCLEDINE® 300 MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par SotHEMA-Bour Koura

PPV : 188,00 DHS

6 118001 072644

LOT : 191222

UT AV : 03/2022

PPV:69,00DH

6 118001 030293

SIRDALUD® 4 mg

Comprimé pelliculé

PPV = 86,70 DH

031019 04/24
PPV: 37DH00

041619 05/24
PPV 37DH00

031019 04/24
PPV: 37DH00

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
والجهاز العصبي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس

جراح سابق بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

Casablanca, Le 22/11/99

الدار البيضاء، في

CENTRE IRM MAARIF

BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rur Mohamed Bahi
Tél : 0522 23 23 12
Fax : 0522 25 38 73

Bouchareb

Amrane

DR *Amrane* *ove*

*1 coupe axiale Tr
cervelle*

*Nouvelles d'Anatomie
clinique*

Dr. Aziz CHAFIQ
Neurochirurgien
51, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca
Tél.: 05.22.54.02.60

51 . شارع رحال العسقلاني رقم 51 - الدار البيضاء
51 , Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 19 - CASABLANCA

الهاتف : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77



عيادة طبية للفحص بالأشعة

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

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
Coroscanner
coloscanner
Denta-Scanner

■ SCANNER
CORPS ENTIER

■ DENSITOMETRIE
BIPHOTONIQUE

■ RADIOLOGIE
NUMERIQUE

■ MAMMOGRAPHIE
NUMERIQUE

■ PANORAMIQUE
DENTAIRE
NUMERIQUE

■ ECHO-DOPPLER
COULEUR

16, Rue Mohamed BAHI
(EX. Rue Meissonier)
en face du bureau de pointage
des taxis - Maârif

20 100 Casablanca

Radiologie du Maârif :

Tél. : 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-maarif@hotmail.fr

I.C.E : 001744959000074

Patente : 34770967

I.F. : 1087675

Casablanca , le 23/11/2019

Mme. BOUCHARA AMINA
DR CHAFIQ AZIZ

EXAMEN : IRM CERVICALE ET CEREBRALE.

Technique :

Antenne : Rachis+ Tête.

Séquences * Pondération T1, T2 plan sagittal.

* Pondération T2, plan axial.

Produit de contraste : Sans

Description :

- Présence de petits débords discaux étagés sans conflit disco-radiculaire.
- Absence d'hernie des amygdales cérébelleuses à travers le trou occipital.
- Absence de conflit disco-radiculaire par ailleurs.
- Pas d'anomalie de signal des structures osseuses.
- Pas d'anomalie de signal du cordon médullaire.
- Les mensurations canalaires sont normales.
- Une séquence T2 axiale FLAIR, montre des microfoyers de démyélinisation de la substance blanche périventriculaire d'allure vasculaire sans anomalie par ailleurs.

CONCLUSION :

* PETITS DEBORDES DISCAUX ETAGES SANS CONFLIT DISCO-RADICULAIRE.

* MICROFOYERS DE DEMYELINISATION DE LA SUBSTANCE BLANCHE PERIVENTRICULAIRE D'ALLURE VASCULAIRE.

Dr. BERRADA M.

Avec mes amicales salutations.

CENTRE DE RADILOGIE DU MAARIF
BERRADA M. Rue Meissonier 16
Tél. 0522.23.23.12
Fax. 0522.25.38.73

CENTRE IRM MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N°022 780 000 162 000 500114274 SGMB Agence Palmiers-MAARIF
Patente : 34770967 LF :1087675

Casablanca, le 23/11/2019

Facture

Nom & Prénom : BOUCHARA AMINA

Date d'examen : 23/11/2019

Examen(s)	
IRM CERVICALE+ COUPE CEREBRALE	
Montant TOTAL	3500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS MILLE CINQ CENTS DH

CENTRE IRM MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rur Mohamed Bahi
Tél : 0522 23 23 12
Fax : 0522 25 38 73