

# 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

- Réclamation : 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

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1013 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Houari ZAHRA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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) :



## 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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>092010982</b></p>  <p>Pharmacie Béchir El Aouan A.C.P. - Pharmacie Doctorale 10, rue des Martyrs - Beyrouth - Liban Tél. 01 / 22 00 72 - Fax : 01 / 22 00 73</p>	<p>11/10/22 08/10/22</p>	<p>243,60 72,50</p>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

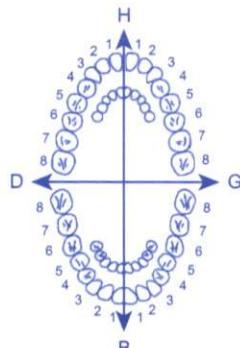
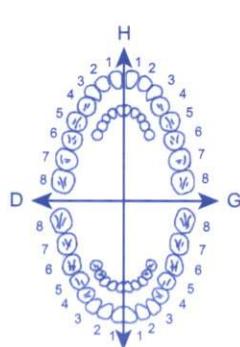
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Trigéées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# الفحص بالأشعة واد المخازن

## Radiologie Oued El Makhazine

Dr. Khalid BERKADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

الدكتور خالد برادة السوني

خريج كلية الطب  
بمونيولي

I.R.M

SCANNER SPIRALE ■  
CORPS ENTIER - 3D  
Multi-barrettes

DENTA-SCANNER ■

RADIOLOGIE ■  
Conventionnelle  
Numérisée

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 ■



RADILOGIE OUED EL MAKHAZINE  
12, Rue d'Alger - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 26 56  
05 22 22 08 10

CASABLANCA LE : 08.10.2022

NOM : HOUARI ZAFRA

### POUR LES PATIENTS

\* A antécédent et allergie à : Pénicilline, Iode, Fraise, Poisson.....

Prendre pendant 2 jours le traitement suivant :

45,80  
\* Cortancyl 20 mg : 2 CP le matin /2 jours  
2CP le matin (2 h avant l'examen)  
(Après le petit déjeuner)

26,70  
\* AERIUS 5 mg : 1 CP le matin après repas / 2 jours  
(Boite 10 CP)

Total = 72,50

RADILOGIE OUED EL MAKHAZINE  
12, Rue d'Alger - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 26 56  
05 22 22 08 10

45,80



05 22 29 94 72 - 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41 - الفاكس :  
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

Email : radiologie.om@gmail.com

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

الدكتور خالد براادة السوني

خريج كلية الطب  
بمونيولي

I.R.M

SCANNER SPIRALE  
CORPS ENTIER - 3D  
Multi-barrettes

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE  
Conventionnelle  
Numérisée

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



CASABLANCA LE 21.10.2022  
MR/MME HOUARI TATHRA

TDM Cervicale.

Le patient doit se présenter à jeun ou 4 heures après le dernier repas, muni des produits suivants :

56,60

1. DIPROSTENE 1ML



187,90

2. FLACON 50 ML DE



Total = 243,60

1 AMPOULE

RADILOGIE OUED EL MAKHAZINE MG

12, Rue d'Alger -Casablanca  
Tél. : 05 22 22 26 56  
05 22 22 08 10

**IMPORTANT:**

Toute personne asthmatique ou à antécédent allergique à la pénicilline, à l'iode ou à tout produit, doit prendre une préparation pendant 2 jours.

RADILOGIE OUED EL MAKHAZINE  
Casablanca

OMNIPAQUE™ 300mg I/ml  
SOLUTION INJECTABLE IOHESOL 1x50ml

PPV  
187DH00

Distribué par CYCLOPHARMA Lot 84, Z.I.Ouled Saleh  
Bouskoura-Nouaceur  
N° AMM : 310/13 DMP/21/NP

Distribué par MSD Maroc  
AMM 74/19 DMP/21/NRQ  
P.P.V: 56.60 DH



6 118001 150137 >