

## 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.

N° W21-770286

23/09

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9065	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	JELLOUL Mohamed
Nom & Prénom : JELLOUL Mohamed			
Date de naissance : 22-09-1965			
Adresse : N°46 Rue des Salins OASIS			
Tél. : 0661064692 Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 03/11/22			
Nom et prénom du malade : LAHJAOUTI HAFIDH Age: 49			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/11/2022

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
				INP : <input type="text"/>  Dr. EL KARROUMI MOHAMED Gynécologie - Obstétrique INP: 091029223

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

## **ANALYSES - RADIographies**

AUXILIAIRES MEDICAUX

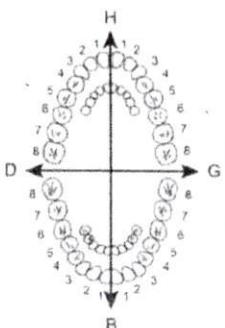
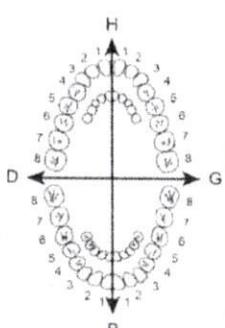
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	B	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B	B													
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

# Radiologie Zerkouni

IRM | IMAGERIE DU SEIN | EOS

**Dr A. Fattah BELHOUCINE**

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille  
Ancien PH des Hôpitaux de France

**Dr Abdelaziz ZOUAOUI**

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens  
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca le, 04/11/2022

**PR. EL KARROUMI MOHAMED**

**Mme. LAHJAOUZI HAFIDA**

## **COMPTE RENDU**

### **ÉCHOGRAPHIE ENDOVAGINALE :**

- Utérus normalement antéfléchi, siège d'un dispositif intra-utérin en place, avec une branche gauche intra myomateuse.
- Il est le siège d'une formation myomateuse hétérogène de 40 mm, pan-pariétaire antérieure, corporeo-isthmique, vascularisée modelement, avec développement sous séreux et sous muqueux (FIGO 2-5 hybride).
- La paroi postérieure est respectée.
- Le col utérin est respecté.
- Présence des 2 ovaires de taille normale, inférieure à 25 mm avec petite formation kystique infra-centimétrique à droite.
- Paroi vésicale normale.

**DR. A. BELHOUCINE**  
Dr. A. FATTAH  
Radiologie Diagnostique et Interventionnelle  
Résidence les Fleurs 59, Bd. Zerkouni  
Angle Rue des Hôpitaux - Casablanca 3  
Tél: 05 22 88 11 11 - INPE : 091018786

Pour les images, utilisez le lien : <http://102.50.240.229:8085/images/> Login : 21080 Mot de Passe : 10054

**CLINIQUE LES FLEURS**



**مصحة الزهور**

Gynécologie - Obstétrique - Maternité - Maladies du sein et Chirurgie Mammaire  
Chirurgie Générale - Urologie - Chirurgie Endoscopique ( Coelio - chirurgie, Hystéroskopie ... )  
Centre de Procréation Médicalement Assistée ( Fiv - Stérilité ... )

16, Rue des Hôpitaux - 20360 CASABLANCA  
CNSS 1449447 - Patente 36315910 - ICE: 00 166 827 30000 34  
Tél: 05 22 22 26 16 - 05 22 22 09 90 - URGENCIE : 05 22 27 80 63 - Fax : 05 22 29 94 47  
Direction : 06 61 05 53 34 - Administration : 06 61 09 39 80 - Sage femme : 06 61 11 35 54  
Email : cliniquelesfleurs@yahoo.fr

**Permanence** 

Docteur ..... Casablanca, Le ..... 03/11/2023

La hystérose hyperplasie

- Age 49 ans  
- cycle irrégulier  
- porte un stérile (+ amyg.)  
- echo + IRM myome utérin,  
seul IRM aspect à myome  
de romance nécessitant un ventre chez  
histologique ??  
echo endo vaginale  
IRM endo topik ZF

Pr. EL KARROUMI MOHAMED  
Gynécologie - Obstétrique  
INP: 091029223  
Casablanca

**Dr A. Fattah BELHOUCINE**

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille  
Ancien PH des Hôpitaux de France

**Dr Abdelaziz ZOUAOUI**

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens  
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca, le 04/11/2022

Facture N° 3658/22

Nom patient : **LAHJAOUZI HAFIDA**

Examen(s) réalisé(s) : **ECHODOPPLER**

Montant : **1000 DH**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**MILLE DH**

REGLEMENT : ESPECES



Résidence les Fleurs, 59 Bd Zerkouni, angle rue des Hôpitaux - Casablanca 20000 - Maroc

Tél. : + 212 5 22 88 11 11 (LG) • E-mail : rad59zerkouni@gmail.com

T.P. : 36340653 - I.F. : 45758413 - I.C.E. : 002458095000096 - RIB : CDM 021 780 0000 046 030 807165 97

RDV IRM : 06 66 20 74 92 - RDV Mammographie : 06 66 09 02 39