

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 canaux, 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 canaux.

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.

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

N° M21- 0010769

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 927 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHOUKA Mohammed

Date de naissance : 23/06/1948

Adresse : 310 Bd Zerkouni Casablanca

Tél. : 06 00 52 16 78 Total des frais engagés : 2200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/06/2022

Nom et prénom du malade : Khafif Katiha Age :

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

Nature de la maladie : Neoplasie Rein

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.

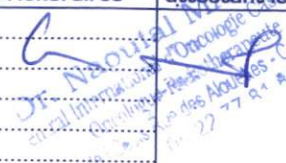
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 11/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 16.11.22 | C | | |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 15/11/22 | Sintigraphe osseuse | 2200,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

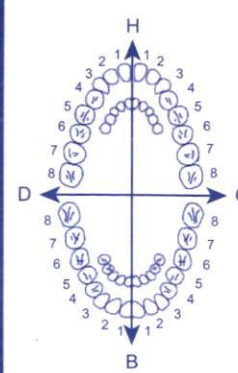
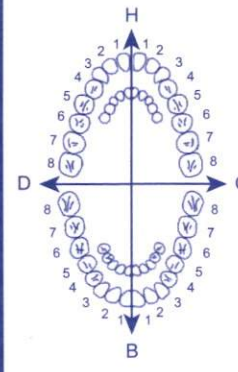
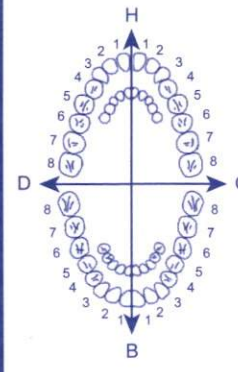
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|---|------------------|-------------|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
|  | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le.....

14/11/2022

Mme KHAFIF FATIHA

scintigraphie osseuse

bilan d'extension de neoplasie renale operée

Dr. Naoufal MAMOU
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
Route de l'Oasis, Rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81

Dr. Rachida AAOUINI
Médecin Nucléaire
NPE : 071007280
Centre International d'Oncologie
de Casablanca
Tél : 212 06 10 83 92 93

RDV scintigraphie
osseuse le 15-11-2022

à 12h

Dr. Rachida AAOUINI
Médecin Nucléaire
INPE : 071007230
Centre International d'Oncologie
de Casablanca
Tél : 212 06 10 83 92 93

• PET SCAN • IRATHERAPIE • THERAPIE AMBULATOIRE A L'IODE 131 DES HYPERTHYROIDIES • SCINTIGRAPHIE OSSEUSE • SCINTIGRAPHIE THYROIDIENNE • LYMPHOSCINTIGRAPHIE
• SCINTIGRAPHIE RENALE DYNAMIQUE AU DTPA99-mTc • SCINTIGRAPHIE RENALE DYNAMIQUE AU MAG99-3mTc • SCINTIGRAPHIE RENALE AU DMSA99-mTc • SCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE
• SCINTIGRAPHIE PULMONAIRE • SCINTIGRAPHIE PARATHYROIDIENNE • SCINTIGRAPHIE A LA MIBG • SCINTIGRAPHIE CORPS ENTIER A L'IODE 131
• FRACTION D'EJECTION VENTRICULOGRAPHIE ISOTOPIQUE • OCTREOSCAN • DETECTION GANGLION SENTINELLE

Casablanca, le 15/11/2022

| | |
|------------------|-------------------|
| Nom et Prénom | Mme KHAFIF FATIHA |
| DDN | 01/07/1965 |
| Référence | 7995151122 |
| Médecin Traitant | Dr. MAMOU NAOUFAL |

Scintigraphie Osseuse

Contexte clinique : Bilan d'extension d'un carcinome papillaire à cellules rénales. Nephrectomie.

Technique :

Examen réalisé avec une machine SPECT Siemens « **Symbia Evo Excel** » mise en marche en Mars 2019.
Acquisition d'un balayage du corps entier 2 h après injection intraveineuse de 740 MBq de ^{99m}Tc-MDP avec une vitesse de 15 cm/min complété par des images statiques centrées sur le crâne.

Résultats :

L'examen de ce jour ne met pas en évidence de fixation suspecte sur l'ensemble du squelette.

Par ailleurs, on note :

Une discrète hétérogénéité de fixation du rachis dorsal sans foyer franc individualisable,

Des hyperfixations modérées des épaules et des genoux d'allure arthrosique.

La distribution du traceur est symétrique et homogène sur le reste du squelette.

Conclusion :

Absence de signe scintigraphique franc en faveur de localisation osseuse secondaire.

Merci pour votre confiance

Dr. AAOUINI RACHIDA

Dr. Rachida AAOUINI
Médecin Nucléaire
Centre International d'Oncologie
de Casablanca
Tél : 212 06 10 83 92 93
INPE : 071007280

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 15-11-2022

Facture N° 31833/22

A. Identification

N° Dossier : COC22K15120512

N° Identifiant : 031705

Nom & Prénom : Mme KHAFIF FATIHA

C.I.N : I138525

Adresse : adresse

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 15-11-2022

Date Sortie : 15-11-2022

Médecin traitant : DR . AAOUINI RACHIDA

Traitement : scintigraphie osseuse

| Qté | Prestations | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total |
|--|-----------------------|-------------|----------|------|------|-------------------------------|
| MEDECINE NUCLEARE | | | | | | |
| 1 | SCINTIGRAPHIE OSSEUSE | | 2 200,00 | | | 2 200,00 |
| Total Rubrique : | | | | | | 2 200,00 |
| PARTIE CLINIQUE : | | | | | | 2 200,00 |
| PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : | | | | | | 0,00 |
| Arrêté la présente facture à la somme de : | | | | | | TOTAL GENERAL 2 200,00 |

DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

| Modalité de paiement | Ref Cheque | Montant | Solde |
|----------------------|------------|-------------|---------|
| ESPECE | | 2 200,00 Dh | 0,00 Dh |

Le Centre International d'Oncologie
4, Route de l'Oasis rue des Alouettes
Casablanca - Tél: 05 22 77 81 81
Fax: 0522 99 65 74
Médecine Nucléaire