

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 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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5314**

Société :

RAM

AS1091

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **OUAD**

Abderrahim

Date de naissance : **1953**

Adresse : **Lot. WAFA H 98 DEROUA**

Tél. : **0 662652833**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BARAKAT L
Service Médecine interne
CHU. Ibn Rochd - Casablanca

Date de consultation : **02/02/2023**

Nom et prénom du malade : **OUAD Abderrahim**

Age : **70 ans**

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Dyslipidémie**

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**

Le : **02/02/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **OUAD**

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
02/10/2023		6		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMOUMA 244 lotissement El wafaa Fix : 05.22.53.20.5/ Deroua	2.2.25	PHARMACIE EL OUMOUMA 244 lotissement El wafaa Deroua Fix : 05.22.53.20.5/

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/02/2023	k _{u0}	600\$H13

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 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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة طبية للفحص بالأشعة *CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF* IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Casablanca , le 02/02/2023

Mr. QUARABDERRAHIM

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne :

- Le foie est légèrement augmenté de taille, de contours réguliers d'échostructure hyperéchogène homogène aspect de foie brillant sans lésion circonscrite décelable.
 - La vésicule biliaire est semi pleine, paraît libre.
 - Pas de dilatation des voies biliaires.
 - Tronc porte de calibre normal et libre.
 - Les reins présentent une bonne différenciation cortico-sinusale, la taille et les contours sont normaux, sans dilatation des cavités pyélocalicielles.
 - La rate et le pancréas sont d'aspect échographique normal.
 - Pas d'adénopathies profondes, ni d'ascite.
 - Vessie de bonne capacité, sans anomalie pariétale, ni endoluminale.
 - Prostate de volume normal, mesurant $40 \times 23 \times 32$ mm, soit un volume estimé à 15 ml.

AU TOTAL:

- *STEATOSE HEPATIQUE HOMOGENE*
 - *ABSENCE D'ANOMALIE NOTABLE PAR AILLEURS*

Dr. BENYAHIA Z

Avec mes amicales salutations.

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 I.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 02/02/2023

N/Ref :Facture N° FA1107/23

Nom & Prénom : **OUAD ABDERRAHIM**
Date d'examen : 02/02/2023

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE ABDOMINO PELVIENNE	
Montant TOTAL	600 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SIX CENTS DH

Dr BENYAHIA Z
Radiologue
Tél: 052257482/052253030
Fax: 052257482
Tél: 052257482
Dr BENYAHIA Z
Radiologue
Tél: 052257482/052253030
Fax: 052257482
Tél: 052257482
Dr BENYAHIA Z
Radiologue
Tél: 052257482/052253030
Fax: 052257482

17, Rue Mohamed BAHI (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 052257482.237934/253030. Fax : 0522237705



IBN ROCHD
ابن رشد
الدار البيضاء
Casablanca

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et la protection civile
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

BILLET D'EXAMEN

Date : 22/02/2023

Prénoms - Nom du malade : Abd Abderahim

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
- Âge = 70 ans -	- Quelques signes lymphatiques.
- Lymphoedème depuis 1 an.	
→ Faire sup → cliché abdominal pelvis	

Le médecin traitant

DR. BARAKAT L
Service Médecine Interne
CHU. Ibn Rochd - Casablanca

RADIOLOGIE
BERRADA. M.
17, Rue M. BERRADA 2
Tél : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83

Tél : 05 22 27 76 82
Fax : 05 22 27 76 82

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

Casablanca, le : 09/02/2023

ORDONNANCE

Docteur :

Quod Abderrahim

22.53.20.5
PHOTOGRAPHIE EL CHAMOUDIA
EL WAFAA
22.53.20.5
PHOTOGRAPHIE EL CHAMOUDIA
EL WAFAA

3.2054 1000 x 2 15
PHARMACOLOGY
2446

2) *ASSOCIATION EL MOURADI* (R)
TUNIS 20.54.3.20.43.20.54

PHARMACIE EL OUMOUNI
Ref lot 4 sema 10 wafaa
Derb el
Fix : 05.22.82.26.5

Dr. BARAKAT L
Service Médecine Interne
CHU, Iba No. N° 123456789

87DH30

101 6
PER 93725
PHY 87D 639

05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83