

# 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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1282 Société : A59272

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZARAKI MUSTAPHA

Date de naissance : 1949 CA SA

Adresse : HAI FEATH H NO 147 ANLEA

Tél. : 0611887476 Total des frais engagés : ..... Dhs

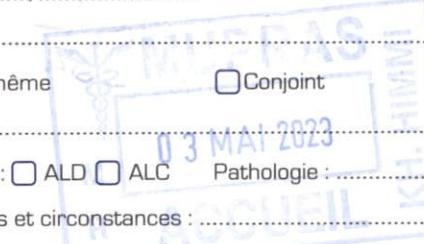
### Cadre réservé au Médecin

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 |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|   | 29.03.83 | Echographie INPE             | 4000                   |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

#### **nctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. HACHEM REDA FATEH

■ Ex Chef de Département  
Néphrologie-Hémodialyse Transplantation Rénale  
Clinique Cheikh Zayd - Rabat

Ex Chef de Service  
Néphrologie-Hémodialyse  
Polyclinique CNSS Derb Ghalef - CASA

Casablanca, le :

## BON DE RADIOLOGIE

Nom :

2AR14

Date :

Prénom :

Mustaphip

Age/Sexe :

**Dr. HIND RASSAINE**  
Radiologue  
Ancienne Résidente CHU de Rochefort  
Bd. Oud Sébou Al Wifak 1  
N°9700-972 Hay Oulifa, Casa  
Tél: 0522 90 90 79/0522 89 25 26

Antécédents :

Dr2 / iR2

### Renseignement Cliniques :

#### **Examens demandés :**

## Echopprue felinae.

Signature :

**Dr. HACHEM REDA**  
Medecin Spécialiste  
Neurologie - Hamman

312، شارع أم الربيع، الدار البيضاء - 312، Bd Oum Rabiaa, Quartier Oulfa - Casablanca -

الفاكس : (212) 05 22 89 00 89 - الهاتف : (212) 05 22 93 89 14 - Fax : (212) 05 22 93 89 14

الملف المكترونی : البريد الإلكتروني : Site web : www.centrehemodialyse.com Email : hachem.doc@gmail.com



Votre Santé ... Notre Devoir

# RADIOLOGIE HASSAN II

## الفحص بالأشعة الحسن الثاني

• IRM • SCANNER • ECHOGRAPHIE • DOPPLER • MAMMOGRAPHIE • PANORAMIQUE  
OSTEODENSITOMETRIE • RADIO-PHOTO

Casablanca le 29/03/2023

PATIENT : ZARKI MUSTAPHA

MEDECIN TRAITANT : DR HACHEM REDA FATEH

EXAMEN(S) REALISE(S) : ECHOGRAPHIE PELVIENNE

### RESULTAT :

- ✓ Les reins sont en place, de taille normale, mesurant :
  - A droite : 103 x48 x42 mm.
  - A gauche : 102x 54x 55 mm.
- ✓ Ils sont de contours lobulés, bien différenciés.
- ✓ Absence de dilatation des cavités excrétrices, ni d'image de calcul.
- ✓ La vessie est de bonne capacité, de paroi régulière et de contenu transsonique.
- ✓ La prostate est augmentée de taille, mesurant 50x 40x 35 mm soit un volume de 37.3 cm<sup>3</sup>.
- ✓ Absence d'épanchement péritonéal.

### CONCLUSION :

Aspect échographique d'une Hypertrophie prostatique. À confronter au reste du bilan.

Confraternellement  
Dr HASSAINE

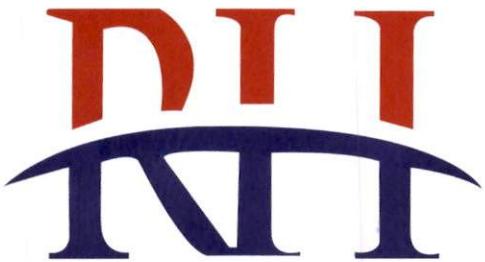
*Dr. HIND HASSAINE  
Radiologue  
Ancienne Résidente CHU Ibn Rochd  
Bd. Oued Sebou Al Wifak 1  
N°970-972 Hay Oulfa Casablanca  
Tél. 0522 90 90 29 / 0522 89 25 26*

### RADIOLOGIE HASSAN II

Tél : +212 522 90 90 29 / +212 522 89 25 26  
Gsm : +212 661 97 76 09  
Fax : +212 522 91 17 59  
E-mail : radiologie.hassan2@gmail.com

Adresse : N° 966-970-972, Bd Oued Sebou  
Al Wifak 1 Hay El Oulfa - Casablanca

R.C : 419573 - IF : 31865208  
TP : 32960805 - CNSS : 1398594  
ICE : 002153526000090



Votre Santé ... Notre Devoir

# RADIOLOGIE HASSAN II

## الفحص بالأشعة الحسن الثاني

• IRM • SCANNER • ECHOGRAPHIE • DOPPLER • MAMMOGRAPHIE • PANORAMIQUE  
OSTEODENSITOMETRIE • RADIO-PHOTO

Casablanca, le 29/03/2023

**FACTURE N° : 02074/2023**

Nom & Prénom : ZARKI MUSTAPHA  
Date d'examen : 29/03/2023

| Examens               | Honoraires    |
|-----------------------|---------------|
| ECHOGRAPHIE PELVIENNE | 400 DH        |
| <b>NET A PAYER</b>    | <b>400 DH</b> |

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**QUATRE CENTS DH**

Dr. HIND HASSANINE  
Ancienne Radiologue  
N° 966-970-972, Bd Oued Sebou Al Wifak  
90 90 29 0522 89 25 26  
Bd. Oued Sebou Al Wifak  
Ancienne Residante CHU Ibn Rochd  
Casablanca

### RADIOLOGIE HASSAN II

Tél : +212 522 90 90 29 / +212 522 89 25 26  
Gsm : +212 661 97 76 09  
Fax : +212 522 91 17 59  
E-mail : radiologie.hassan2@gmail.com

Adresse : N° 966-970-972, Bd Oued Sebou  
Al Wifak 1 Hay El Oulfa - Casablanca

R.C : 419573 - IF : 31865208  
TP : 32960805 - CNSS : 1398594  
ICE : 002153526000090