

# 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.

## Reéducation :

- 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.

160910

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3018 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MR RAFAEL EL HOUSSINI

Date de naissance : 07-4-1958

Adresse : IMBITEUCLE

Tél. : 0667676360 Total des frais engagés : 2500,00 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) : [Signature]



### 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 - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Ryan S.A.L. Clinic<br>09/006/1001<br>Q. des Hôpitaux Extérieurs, Casablanca<br>Tél: 0522 86 62 14 | 13/02/23 | TOD. TAP                     | 2500,00 dh             |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

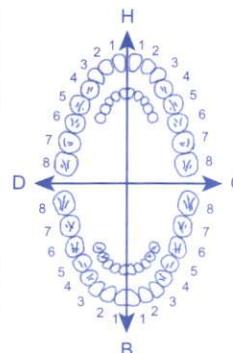
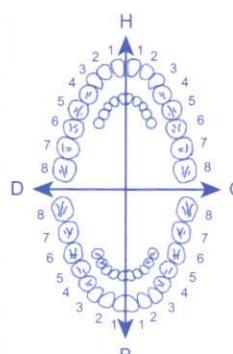
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 Traitées                            | Nature des Soins          | Coefficient | Coefficient des Travaux                           |
|--|---|---------------------------|-------------|---|
|               |   |                           |             | MONTANTS DES SOINS                                |
|  |   |                           |             | DEBUT D'EXECUTION                                 |
|  |   |                           |             | FIN D'EXECUTION                                   |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                           |             | Coefficient des Travaux                           |
|              | H<br>25533412<br>00000000                 | G<br>21433552<br>00000000 |             | MONTANTS DES SOINS                                |
| D<br>00000000  |   | G<br>35533411<br>11433553 |             | DATE DU DEVIS                                     |
| B<br>35533411  |   |                           |             | DATE DE L'EXECUTION                               |
| <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |   |                           |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS    |
|  |   |                           |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |

**Dr. Hámza JABIR**

Oncologue Radiothérapeute



Lauréat de la faculté de Médecine de Casablanca

Ancien Médecin de l'institut Gustave-Roussy à Paris

Diplôme de radiothérapie des cancers

ORL université Paris sud

Radiothérapie  
Curithérapie  
Chimiothérapie  
Soins Palliatifs

**الدكتور حمزة جابر**

أخصائي في تشخيص و علاج الأورام

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمعهد كونستاف روسي

دبلوم العلاج بالأشعة لسرطان الأنف

و الأنف و الحنجرة . كلية باريس

24 Janvier 2023

Casablanca, le :

24/01/23

**MR. BAATARI EL HOUSSINE**

suivi pour mésothélium malin gauche sous chimio 5 cures

TDM THORACO-ABDOMINO-PELVienne ( étude comparative avec scanner 02/01/23)

13/01/23

R.YAD ONCOLOGIA CLINIC  
Sous la direction de  
Dr. Hámza JABIR  
15, Allée du Persée  
Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tel: 0522 86 62 71

Dr. JABIR Hámza  
Oncologue - Radiothérapeute  
Résidence Ryad Abdelloumen, 445A  
N° 14, 3<sup>ème</sup> Etage, Bd. Abdelmoumen,  
CASABLANCA - UNPE : 091236927

Dr. Hámza SAMEL  
Sous la direction de  
Dr. Hámza SAMEL  
R.YAD Oncologie Clinic  
15, Allée du Persée Q. des Hopitaux Casablanca  
0522 86 25 56 Fax 0522 86 25 56



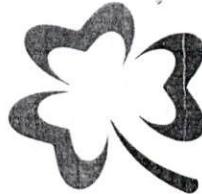
✉ dr.jabir.hamza@gmail.com

📞 05 22 86 55 68 / 06 61 80 17 08

إقامة رياض عبد المؤمن، رقم 14، الطابق الثالث - شارع عبد المؤمن - الدار البيضاء

Résidence Ryad Abdelmoumen, 445A, N°14, 3<sup>ème</sup> étage - Bd. Abdelmoumen - Casablanca





13/02/2023

BAATARI EL HOUSSINE

Le pancréas, la rate et les glandes surrénales sont sans particularité.

Les reins sont de taille et de morphologie normales sans calcul radio opaque décelé, ni dilatation des cavités excrétrices.

Pas d'anomalie péritonéale notamment pas de nodule suspect.

Absence d'épanchement péritonéal.

Répartition normale des structures digestives qui ne présentent pas de lésion suspecte.

Pas d'adénopathie coelio-mésentérique, inter-aortico-cave, lombo-aortique ou iliaque primitive.

Vessie sans lésion pariétale suspecte.

Pas d'anomalie recto-sigmoïdienne avec orifices herniaires libres.

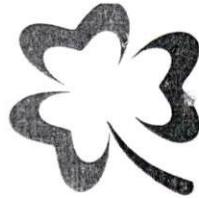
Absence de lésion osseuse évidente en fenêtre osseuse notamment au niveau du rachis et du bassin.

CONCLUSION : Comparativement au compte rendu du Petscanner  
02/01/2023 :

- Persistance d'une masse pleuro-pariétale gauche mesurant ce jour 68x62x75 mm.
- Absence d'adénopathie médiastinale, sus claviculaire ou d'infiltration intra durale visible sur cet examen.
- Nodules parenchymateux pulmonaires droits dont certains sont excavés et majoration du pneumothorax gauche qui est de moyenne abondance, cloisonné.
- Absence d'autre lésion évolutive visible par ailleurs.

Merci de votre confiance.

DR.SAHEL



Casablanca , le 13/02/2023

Patient : BAATARI EL HOUSSINE  
Prescripteur : DR.JABIR HAMZA

### SCANNER THORACO-ABDOMINO-PELVIEN

CLINIQUE : Patient suivi pour mésothéliome malin gauche sous chimiothérapie.

TECHNIQUE : Acquisition volumique thoraco-abdomino-pelvienne avant et après injection de produit de contraste en coupes millimétriques

#### RESULTAT :

##### A l'étage thoracique :

Masse pleuropariétale gauche visible en regard du culmen, envahissement les côtes en regard, mesurant 68 x 62 x 75 mm.

En superficie cette masse envahit le muscle petit pectoral et refoule le grand pectoral.

Il s'y associe un épaississement pleural circonférentiel de l'hémithorax gauche qui est rétracté, avec visualisation d'un épaississement postérolatéral homolatéral mesurant 17 mm d'épaisseur.

Pneumothorax droit de moyenne abondance, avec visualisation de d'adhérences linéaires.

Hémichamp pulmonaire droit est siège de formations nodulaires dont certaines sont excavées, et dont la plus volumineuse mesure 24 x 25 mm de diamètre.

Absence d'adénopathie médiastinale de taille significative.

Absence d'épanchement péricardique significatif.

##### A l'étage abdomino pelvien :

Présence d'une formation kystique hypodense visible en sous-diaphragmatique gauche, semblant appartenir au bord latéral gauche du foie, mesurant 29 mm de diamètre, non rehaussée après injection de produit de contraste, d'allure biliaire. Foie de taille normale, de contours réguliers, de densité homogène, sans formation nodulaire suspecte.

La vésicule biliaire a des parois fines.

Professeur A.ACHARKI

Onco-Radiologue

Absence de dilatation des voies biliaires intra ou extra-hépatiques.

Docteur H. EL BOUSSAIRI  
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI  
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs svp / ...

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - [www.oncologiyad.com](http://www.oncologiyad.com)  
GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26  
I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919



**F A C T U R E**

N° : **2138 / 2023** du **13/02/2023**

Nom patient **BAATARI EL HOUSSINE**  
**PAYANT**

Entrée **13/02/2023**  
Sortie **13/02/2023**

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire   | Montant         |
|-----------------------------|--------|------------|-----------------|-----------------|
| TDM THORACO-ABDOMINO-PELVIE | 1,00   |            | <b>2 500,00</b> | <b>2 500,00</b> |
| <b>Sous-Total</b>           |        |            |                 | <b>2 500,00</b> |
| <b>Total Clinique</b>       |        |            |                 | <b>2 500,00</b> |

|  |              |                 |
|--|--------------|-----------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br><br>DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS | <b>Total</b> | <b>2 500,00</b> |
|  |              |                 |

Compte bancaire : 007 780 0003518000000410 61 AWB

RYAD ONCOLOGIA CLINIC  
Sce Radiologie  
15, Allée du Persée  
Q. des Hopitaux Extension Casablanca  
Tél: 0522 86 62 71

**Professeur A.ACHARKI**  
Onco-Radiothérapeute

**Docteur H. EL BOUSSAIRI**  
Onco-Radiothérapeute

**Docteur O. ALAMI**  
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs  
N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 -www.oncologiryad.com

GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26

I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919

N°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (LG) / GSM:06619967 / Fax: 0522862556

TP: 37990430 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919 / ICE: 001741149000027