

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

- 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

M22- 0056869

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6842 Société : RAM 168018
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELIRAKI Houssem
 Date de naissance : 26/07/1959
 Adresse : c/o pharmacie de l'université, Bd Ahmed Ben Ahmed ZITOUNE, Tétouan
 Tél. : 0661441065 Total des frais engagés : 180 + 700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohammed EL HARRAK
 Médecin Assermenté
 Médecine Générale
 Rue El Faouze N° 1 - J3 Compl. CYM
 Rabat - Tél. : 05.37.29.30.64
 ICE : 001655268000029 - INPE : 101052447

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 13/05/23
 Nom et prénom du malade : ELIRAKI Houssem 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 : Tétouan Le : 13/05/2023
 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

13/06/22	C		180 m	Dr. Mohammed El HARRAK Rue El Paouze N° 1, 13 complet cym Rabat - Tél: 05 37 28 30 54 IN.P. Médecin N° 101052447
----------	---	--	-------	---

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la For

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des
Coefficients

Montant
des Honoraires

Dr. Lotfi EL KASSI Av. Ogba - Agdal - 10050 Rabat IN.P. Cabinet N° 100000603 IN.P. Médecin N° 101049393	13/06/2023	K30	700 DHS
--	------------	-----	---------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Praticien

Date des
Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

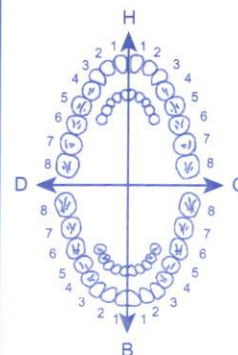
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient


CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة طبية
CABINET MÉDICAL

Dr. Mohammed EL HARRAK
Médecin Assermenté
Médecine Générale



الدكتور محمد الحراق
طبيب محلف
الطب العام

ORDONNANCE

137-6/27

Houssou el INACE

Fau su P

ccho graphie modale

(a.e. dyne - Bolognè)

IMAGERIE MEDICALE BOURGOGNE
Dr. Lotfi EL FASSI
30, Av. Oqba - Agdal - 0090 - Rabat
I.N.P. Cabinet N° 100000603
I.N.P. Médecin N° 101049393
Dr. Mohammed EL HARRAK
Médecin Assermenté
Médecine Générale
Rue EL Faouze N° 1 - J3 Complément C.Y.M.
Rabat - Tél. : 05.37.29.30.64
ICE : 001655268000029 - INPE : 101052447



IMAGERIE MEDICALE BOURGOGNE

Dr. M.N. BENZAÏD, Dr. Lotfi EL FASSI

الدكتور محمد نجيب بنزايد الدكتور لطفي الفاسي

Rabat, le : mardi 13 juin 2023

FACTURE N° : 28050

Nom : Mr Houssam EL IRAKI

Examen : ECHO PROSTATIQUE ---

Cotation : k30

Tarif : 700 Dhs

Arrêté la présente facture à la somme de:
SEPT CENT DIRHAMS

IMAGERIE MEDICALE BOURGOGNE
Dr. Lotfi EL FASSI
30, Av. Oqba - Agdal - 10090 - Rabat
I.N.P. Cabinet N° 100000603
I.N.P. Médecin N° 101049393

ICE : 001582572000026 RC: 123143



13/06/2023 04:45:41 PM

30, Avenue Oqba, 10090, Agdal – Rabat.

IF : 40422288

CNSS : 8383846

Tel. : 0537 77 72 44/45 – Fax. : 0537 77 72 71

TP : 25741076

عيادة الفحص بالأشعة بورغون

IMAGERIE MEDICALE BOURGOGNE



RADIOLOGIE NUMERIQUE - SCANNER - IRM - ECHOGRAPHIE - P. DENTAIRE NUMERIQUE - DOPPLER COULEUR - MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE - OSTEOGÉNÉTIQUE
راديولوجي رقمي - قياس كثافة العظام - راديو الأسنان رقمي - دوبلير بالألوان - راديو الثدي رقمي - قياس كثافة العظام

Dr. M. Najib BENZAÏD

Dr. Lotfi EL FASSI

Radiologues

الدكتور محمد نجيب بنزايد

الدكتور لطفي الفاسي

إختصاصي الراديولوجي

13/06/2023

Rabat, le: _____

Mr HOUSSAM EL IRAKI

Médecin traitant : Dr. M. EL HARRAK

ECHOGRAPHIE PROSTATIQUE :

INDICATION :

Dysurie, pollakiurie.

RESULTAT :

- Le rein droit mesure 95 x 45 x 44 mm.
- Le rein gauche mesure 115 x 50 x 44 mm.
- Les deux reins présentent des contours réguliers et une bonne différenciation cortico-médullaire sans dilatation des cavités excrétrices.
- Pas de lithiase au niveau des voies urinaires.
- Cortex homogène.
- Deux kystes simples rénaux gauches, à paroi fine et à contenu transonore : un cortical polaire supérieur de 63.5 x 57 mm et l'autre sinusal polaire inférieur de 18 x 14 mm.
- Uretères non dilatés.
- Vessie de contenu homogène, à paroi fine et régulière.
- Présence d'un diverticule vésical latéral droit, de contenu homogène, communiquant à travers un pertuis de 5 mm avec la vessie. Il mesure 12.6 x 12 x 8 mm soit un volume de 0.7 cc avant et après miction.
- La vessie est mesurée à 86 x 79 x 57 mm, soit un volume approximatif de 203cc.
- Après miction elle mesure 61 x 47 x 32 mm, soit un résidu post-mictionnel de 49 cc.
- La prostate est explorée par voie sus pubienne mesure 49 x 39 x 30.5 mm ; ce qui correspond à un poids approximatif de 30.5 g.
- Aspect normal des vésicules séminales.
- Pas de masse para prostatique anormale visible.

CONCLUSION :

- Prostate d'un poids approximatif de 30.5 g.
- Résidu post-mictionnel de 49 cc.
- Vessie diverticulaire.
- Deux kystes rénaux gauches type I de Bosniak.

Merci de votre confiance.
IB

I.N.P.E Dr L. EL FASSI



N° 101049393

IMAGERIE MEDICALE BOURGOGNE
Dr. Lotfi EL FASSI
30, Avenue Oqba (en face de la salle omnisport Ibn Youssef) - Agdal - Rabat
I.N.P. Cabinet N° 101000060
I.N.P. Médecin N° 101049393

الهاتف : 05 37 77 72 71 - الماكس : 05 61 15 81 57 - 05 37 77 72 44/45

30, Avenue Oqba (en face de la salle omnisport Ibn Youssef) - Agdal - Rabat - Tél: 05 37 77 72 44/45 - Fax: 05 37 77 72 71 - GSM Cabinet: 05 61 15 81 57
Médecins: (M.N.B) 06 61 59 20 16 - (L.E.F) 06 61 49 49 36

30. شارع عقبة (أمام القاعة المغطاة ابن ياسين) - أكدال - الرباط