

# 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 des données à caractère personnel.

M22- 0056869

Maladie

Dentaire

Optique

*Opht*

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **68421**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**EL IIRAKI Houssem**

Date de naissance :

**26/07/1959**

Adresse :

**C/0 Pharmacie de l'université, Bvd Al Massa  
Boulevard Zitouna, Rabat**

Tél.:

**06611111065** Total des frais engagés : **180+700 Dhs**

**Dr. Mohammed EL HARRAK**

**Médecin Assermenté  
Médecine Générale  
Rue El Faouze N° 1 - J3 Compt. CYM  
Rabat - Tél. : 05.37.29.30.64  
ICE : 00165526800029 - INPE : 101052447**

Date de consultation : **13/05/23**

Nom et prénom du malade : **El IIRAKI 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 : **Nebras**

Le : **13/05/2023**

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
13/06/10	C		182 M	 Dr. Mohammed F. Melecine Médecin As. Rue El Faouze El Rabat Tunisie ICE : 0016552

## 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 Cœfficients	Montant des Honoraires
Dr. Lotfi El Ooba - Babat Av. Ooba - Agdal - 1000 IN.P. Cabinet N° 1010000603 IN.P. Médecin N° 101049393	13/06/2023	K30	700 DHS

## 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
D.O.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth (1-28) and various dental symbols (H, Y, S, V, W) placed around the teeth. The arch is oriented with the upper arch pointing upwards and the lower arch downwards. The symbols represent different dental procedures or conditions, such as pulpotomy (H), extraction (Y), sectioning (S), and vital pulp therapy (V). The numbers 1 through 28 are placed near their respective teeth.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

عيادة طبية  
CABINET MÉDICAL

Dr. Mohammed EL HARRAK  
Médecin Assermenté  
Médecine Générale



الدكتور محمد الحراق  
طبيب محلق  
الطاب العام

ORDONNANCE

131-6/22

Hausse de cholestérol

Faire sur P

echo graphie postérieure

C.R.C : dyslipidémie - prévention !

IMAGERIE MEDICALE BOURGEOIS  
Dr. Lotfi EL FASSI  
30, Av. Oqba - Agdal - 00999 - 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 CYM  
Rabat - Tél. : 05.37.29.30.64  
ICE : 001655268000029 - INPE : 101052447

زنقة الفوز رقم 1 مجموعة ج 3 إضافي ح.ي.م - الرباط  
الهاتف : 06.61.75.16.00 - الفاكس : 05.37.29.30.64 - النقال : 05.37.29.30.64



# IMAGERIE MEDICALE BOURGOGNE

Dr. M.N. BENZAÏD, Dr. Lotfi EL FASSI

الدكتور محمد نجيب بنزايد الدكتور لطفى الفاسى

Rabat, le : mardi 13 juin 2023

## FACTURE N° : 28050

Nom : Mr Houssam EL IRAKI

Examen : ECHO PROSTATIQUE ---

Cotation : 130

Tarif : 700 Dhs

Arrêté la présente facture à la somme de:

SEPT CENT DIRHAMS

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

ICE : 001582572000026 RC: 123143



13/06/2023 04:45:41 PM

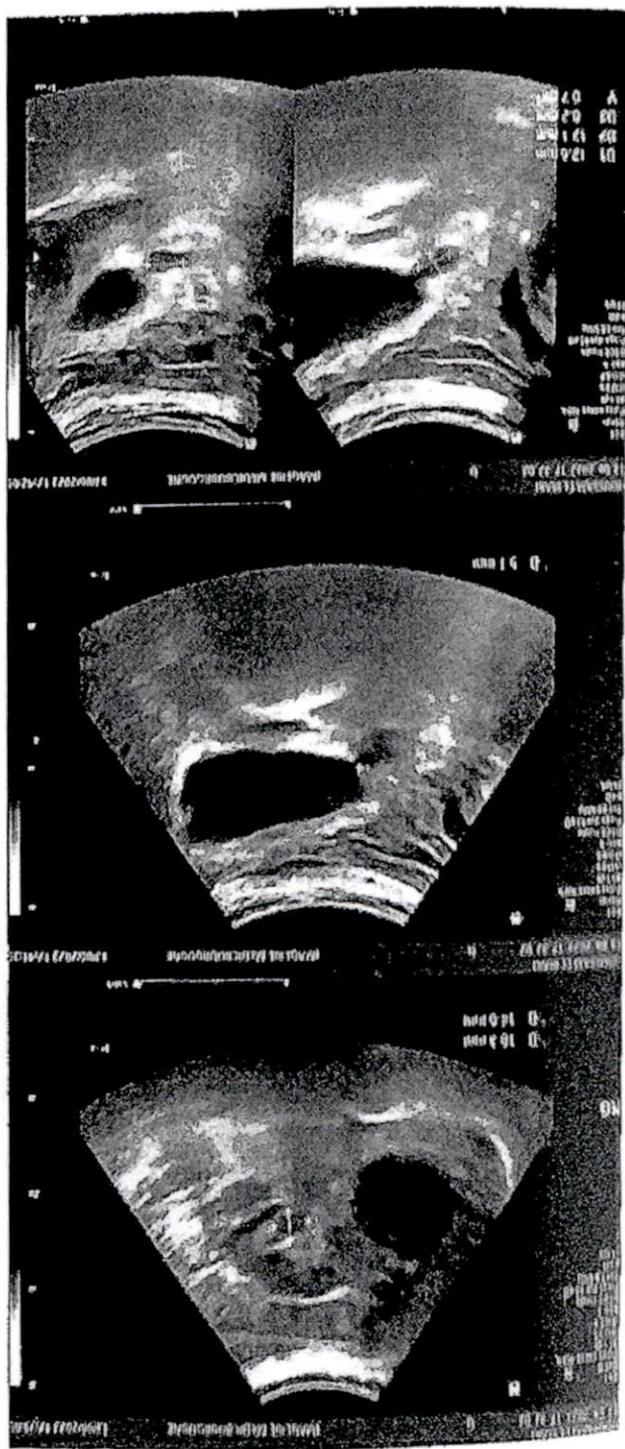
30, Avenue Oqba, 10090, Agdal – Rabat.

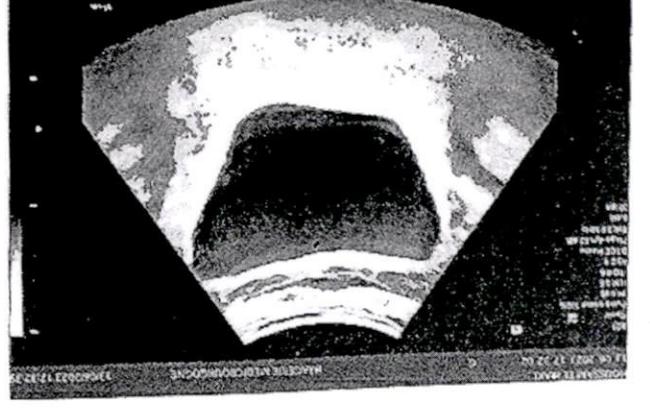
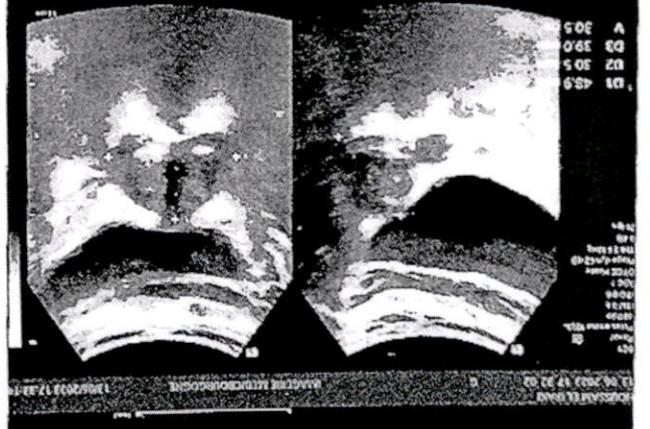
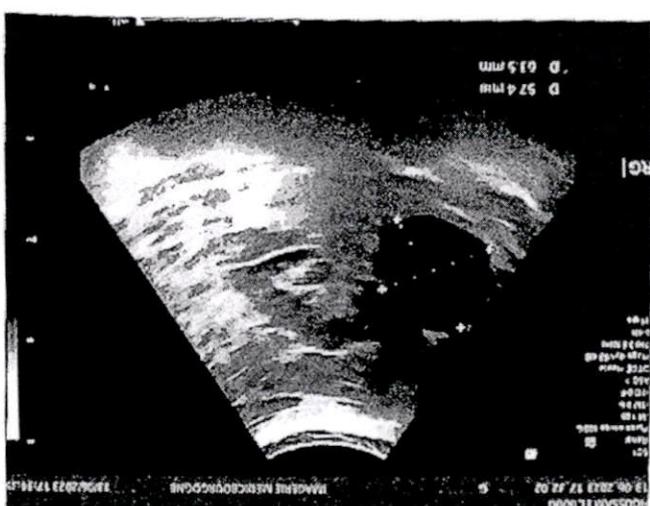
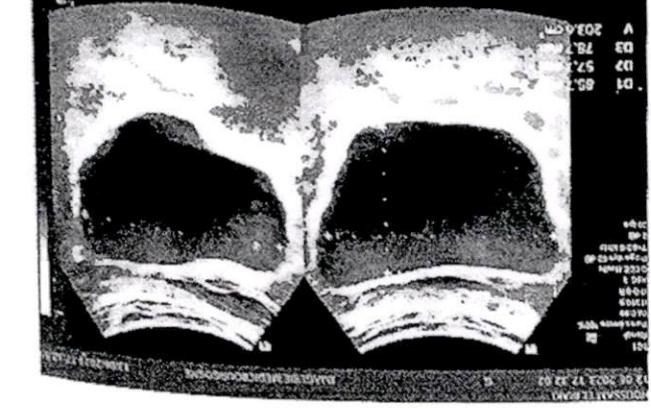
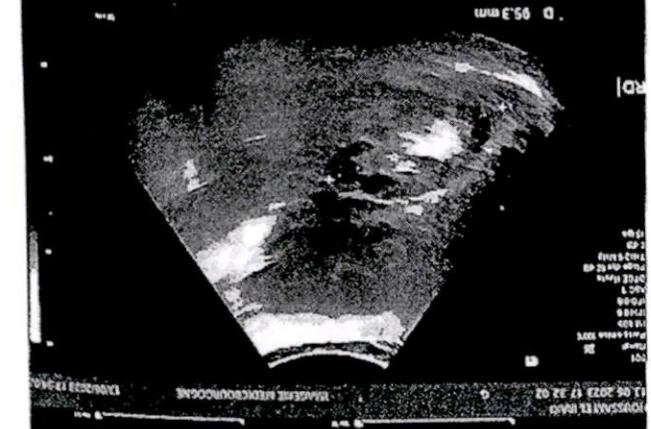
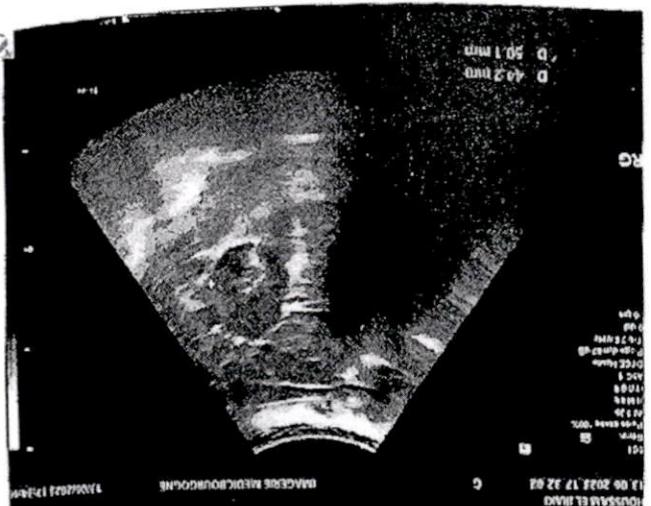
IF : 40422288

CNSS : 8383846

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

TP : 25741076





# عيادة الفحص بالأشعة بورگون

IMAGERIE MEDICALE BOURGOGNE



RADILOGIE NUMÉRIQUE - SCANNER - IRM - ECHOGRAPHIE - P. DENTAIRE NUMÉRIQUE - DOPPLER COULEUR - MAMMOGRAPHIE NUMÉRIQUE - OSTÉODENSITOMÉTRIE  
راديوغرافي رقمي - سكانر - التصوير المقطعي المترافق - إيكو باليوم - راديو الأسنان رقمي - دوبليير بالألوان - راديو الشدري رقمي - قياس كثافة العظام

Dr. M. Najib BENZAÏD

Dr. Lotfi EL FASSI

Radiologues

الدكتور محمد تجيب بنزايد  
الدكتور لطفي القاسي  
إخلاصي الراديولوجي

13/06/2023

Mr HOUSSAM EL IRAKI

Rabat, le:

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 lithiasis 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, Av. Ouled Agba (en face de la salle omnisport Ibn Yassine)  
I.N.P. Cabinet N° 101000803  
I.N.P. Médecin N° 101049393

05 37 77 72 71 - 05 37 77 72 44/45 (الهاتف)

شارع عتبة ( أمام المعايدة الخطا ابن ياسين ) ، أكادير ، المغرب

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