

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

**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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08911

Société :

179545

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TAHRI JOUTE Naima

Date de naissance :

05.04.1952

Adresse :

SA - Hadi Fate R - ouffa - Casa

Tél. : 0632 300367

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



TAHRI JOUTE Naima

Date de consultation :

04.07.2023

Nom et prénom du malade :

TAHRI JOUTE Naima Age: 71

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Santé de la personne

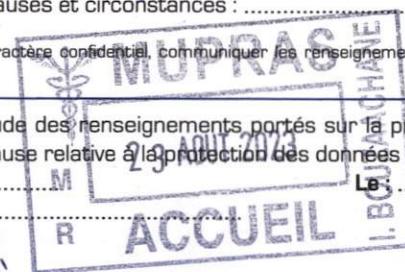
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casa

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
de... 04 07 2023	C 001	4000.00	01	Handwritten signature
2023	3			

### 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
Centre de Radiologie El Oulja Bd. El Oum Radiologique Rue 50 N°2 Casablanca - 20220 Tél : 05 22 93 04 93	02/07/23	Bilan Ra	300.00

### 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 canalaire, 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	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
		00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			
				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

# Docteur Mayy HAJJI

Diplôme d'Etat de Doctorat en Médecine

de l'Université de Bordeaux II

Professeur Agrégé

MEDECINE INTERNE

Jours et Heures de consultation :

de 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h

**SAUF** le lundi toute la journée, le mardi matin  
et le samedi après midi

الدكتورة مي حجي

شهادة الدولة في دكتوراه الطب

من جامعة بوردو !!

أستاذة مبرزة

الطب الباطني

أيام و أوقات الاستشارة الطبية :

من التاسعة صباحا إلى الثانية عشرة زوال

و من الثانية بعد الزوال إلى الخامسة بعد الزوال

ماعدا يوم الاثنين كاملا و يوم الثلاثاء صباحا

و يوم السبت بعد الزوال

و يوم الصيام بعد الزوال

04 04 - ٢٠٢٣

Casablanca, le .....

Rue dell'aleen ophelalof  
Chek Colfue )

TARREI TOUTBI N° 71  
ice : 091071001 - 001702000002

عن fee a معها سعادتكم  
لهم ( سعادتكم de بوفول  
سپرین probable) à le  
ـ وحشكم de Contradictio  
ـ من انت انت  
ـ de سعادتكم . And pakdeew  
ـ Andee ود

IC:0017021200002  
120 00 1000 0000 1000 0000  
DR. MAYA MALLI  
MESSAGE LINE LTD., CHINA



Power of attorney



**Docteur Fatih LASRI**

Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

**Dr Bouchaïb EL MDARI**

Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 07/07/2023

PATIENT : TAHRI JOUTEI NAIMA  
MEDECIN TRAITANT : DR. HAJJI Mayy  
EXAMEN(S) REALISE(S) :

**RX. GRIL COSTAL FACE :**

- Déminéralisation osseuse.
- Absence de lésion costale d'allure traumatique.
- Absence de foyer parenchymateux évolutif.
- Culs de sac pleuraux libres.

**RX. DES MAINS FACE :**

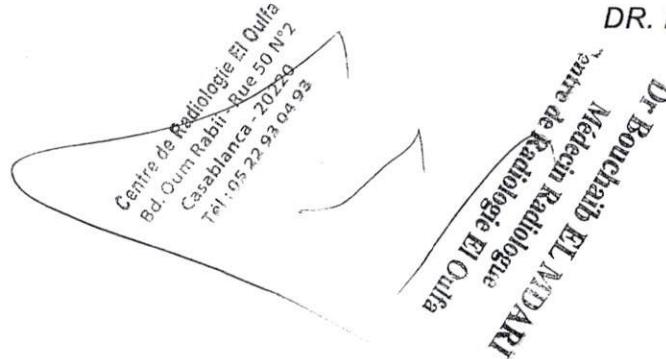
- Déminéralisation osseuse avancée.
- Pincement articulaire avec condensation des berges des articulations interphalangiennes proximales et distales de façon bilatérale.
- Absence de signe de carpite.
- Érosions marginales au niveau des extrémités distales des phalanges proximales des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts gauches.
- Parties molles d'aspect normal.

**Conclusion :**

- Déminéralisation osseuse avancée.
- Remaniements osseux bilatéraux et asymétriques des articulations interphalangiennes d'allure rhumatismale, à confronter au reste du bilan.

**Confraternellement  
DR. ELMDARI BOUCHAIB**

I.S\*\*



Bd. Oued Oum Rabii, Rue 50, N°2 - Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 93 04 93 - 05 22 93 05 93 - Fax : 05 22 93 56 37 - E-mail : cro.radiologie.oulfa@gmail.com

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 07/07/2023

## FACTURE N°07221/2023

NOM & PRENOM: TAHRI JOUTEI NAIMA

EXAMEN	MONTANT
RX. GRIL COSTAL FACE RX. DES MAINS FACE	300 DH
TOTAL	300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :TROIS CENTS DH TTC



Dr Bouchaib EL MDARI  
Médecin Radiologue  
Centre de Radiologie El Oulfa

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca  
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00  
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057  
E-mail: [radiologie-oulfa@.com](mailto:radiologie-oulfa@.com)

Dr HAJJI Mayy  
MEDECINE INTERNE

120 Boulevard My IDRISI 1<sup>er</sup>

CASABLANCA

Tel / Fax : 0 22 8638 13

ICE

001702702000002

INP

091071001

### EXAMEN RADIOLOGIQUE OU ECHOGRAPHIQUE

Mme

TAHRI Soufia

PATIENT

NOM :

TAHRI

PRENOM :

Soufia

AGE : 41

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Atteint de

Fracture de la

Centre de Radiologie El Oulfa  
Dd. Oum Rabii - Rue 50 N°2  
Casablanca - 20220  
Tél: 05 22 99 04 93

### EXAMEN DEMANDE

Radiographie des 2 mains

DATE : le

04.07.2022

DR. MAYY HAJJI  
MEDECINE INTERNE  
120 BD. IDRISI 1<sup>er</sup> CASA  
INP : 091071001  
ICE: 001702702000002

Dr HAJJI Mayy  
MEDECINE INTERNE  
120 Boulevard My IDRISI 1<sup>er</sup>  
CASABLANCA  
Tel / Fax : 0 22 8638 13

TCE  
0010702702000002

MP  
091031001

## EXAMEN RADIOLOGIQUE OU ECHOGRAPHIQUE

TAIRI Soufia  
PATIENT

NOM : TAIRI Soufia PRENOM : Naima AGE : 41

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Douleur aces anterieur et moyenne  
lo, 11, et 12<sup>es</sup> côtes. foncées

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Ouhad Pabili - Casablanca - Tel: 0527 93 04 93

### EXAMEN DEMANDE

Radios du filf Cesthol face ob

DR. MAYY  
MEDECINE INTERNE  
120 BD. MY IDRISI 1<sup>er</sup>  
TEL: 091031001  
FAX: 022 8638 13  
TCE  
0010702702000002

DATE : le 04.07.2023