

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.

N° W21-806551

173310

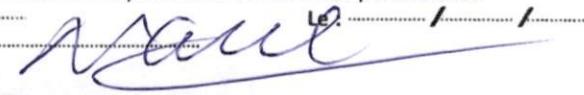
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 32905		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NABIL Med			
Date de naissance : 1953			
Adresse : El Nabil Kelle			
Tél. : 0663583410		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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) : 

BELEVE 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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

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
	22.06.2012	K31	100100

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	D	<hr/>		MONTANTS DES SOINS []
	G	B		DATE DU DEVIS []
	H	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
	D			
	G			
	B			
		DATE DE L'EXECUTION []		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR MAJD EL ALAMI
Médecine Générale

Ancien Médecin attaché des Hôpitaux (France)
D.U Diététique et Maladies de la Nutrition
(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité...)

الدكتور مجد العلمي
الطب العام

طبيب ملحق سابقًا بمستشفيات فرنسا
شهاد جامعية في الحمية و أمراض التغذية
السكري السمنة الكوليسترول

Casablanca, le : 01/06/23 الدار البيضاء في:

Nabil Naima

Echographie Abdominale

Cytolyse

Femelle FPP



لشکر لیکال عزیز الخیر

CABINET DE RADILOGIE



عيادة
الفحص بالأشعة

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE NUMERIQUE ADULTES ET ENFANTS
RADIOLOGIE GENERALE - MAMMOGRAPHIE - PANORAMIQUE DENTAIRE - OSTEODENSITOMETRIE
ECHOGRAPHIE GENERALE - DOPPLER COULEUR - SCANNER - I.R.M.

الدكتور الدقاقي محمد

Docteur DEKKAK Mohamed

Spécialiste en Radiologie

Ancien Radiologue des hôpitaux Parisiens

Lauréat des Facultés de Médecine de

Paris, Crétell, Versailles, Montpellier et Rennes

• Radiologie Interventionnelle en Cancérologie

• Imagerie par Résonnance Magnétique

• Médecine du Sport

• Angiologie

FACTURE

N° 23060203 S

Nom : ME NABIL

Prénom : NAIMA

Examen : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Date de L'examen : 02/06/2023

Codification K35

Prix : 400 DH



425, Bd. Mohammed VI
Casablanca

التعريف الموحد: 001748662000003 | I.F. N°: 4 4600 213 | الصناعة الجبلية: ICE | N°: 32 665 452 | صن. و. ض. ج: C.N.S.S. N°: 2560169

الهاتف: 05 22 80 41 45 (L.G.)

E-mail : m.dekkak@hotmail.com

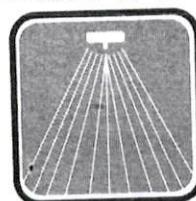
شارع محمد السادس

الدار البيضاء

425

CABINET DE RADIOLOGIE

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ



عيادة
دكتور بالبلاشة

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE NUMERIQUE ADULTES ET ENFANTS
RADIOLOGIE GENERALE - MAMMOGRAPHIE - PANORAMIQUE DENTAIRE - OSTEODENSITOMETRII
ECHOGRAPHIE GENERALE - DOPPLER COULEUR - SCANNER - I.R.M.

الدكتور الدقاقي محمد

Docteur DEKKAK Mohamed

Spécialiste en Radiologie

Ancien Radiologue des hôpitaux Parisiens

Lauréat des Facultés de Médecine de

Paris, Créteil, Versailles, Montpellier et Rennes

• Radiologie Interventionnelle en Cancérologie

• Imagerie par Résonnance Magnétique

• Médecine du Sport

• Angiologie

Casablanca, le : 02/06/2023

Nom du patient : Me NABIL Na

Référence : 23060203 S

COMPTE - RENDU

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

RESULTAT :

- Foie de taille normale, de contours réguliers, modérément hyperéchogène stéatique homogène.
- Lit vésiculaire vide : cholécystectomisée.
- Les voies biliaires intra-hépatiques sont modérément dilatées.
- La voie biliaire principale est dilatée mesurant 16 mm d'épaisseur sans échographiquement visible.
- Absence d'anomalie du pancréas et de la région coelio-mésentérique.
- Tronc porte perméable et de calibre normal.
- La rate est d'échostructure et de taille normales.
- Rein droit mesurant 110 mm de grand axe, de contours bousselés, siège d'un kyste capsulaire médian, mesurant 38 x 30 mm, le reste du parenchyme est d'échostructure et les cavités pyélocalicielles ne sont pas dilatées.
- Rein gauche mesurant 108 mm de grand axe de contours réguliers, le parenchyme d'échostructure normale et les cavités pyélocalicielles ne sont pas dilatées.
- Aérocolie.
- Absence de masse ou de collection péritonéale.

RESUME :

- Aérocolie.
- Kyste sous capsulaire rénal droit.
- Foie de taille normale, de contours réguliers, modérément hyperéchogène stéatique homogène.
- Dilatation de la voie biliaire principale et les voies biliaires intra-hépatiques sans échographiquement visible.
- Il serait souhaitable de compléter cet examen par une bili-IRM.

Bien confraternellement à vous.
Dr DEKKAK. M.