

## 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.

N° W19-594514

194457

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

7384

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENHMIJA KArim

Date de naissance :

27 MAI 1962

Adresse :

114 Rue ARAKHANE LES PANORAMA  
APT B14 BEAUSOIR CASA

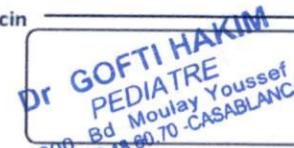
Tél. :

0661345563

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

BENHMIJA Med-Rayane

Age: 19-21 Ans

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 :

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
19/01/15	S	See K	INP : 09/11/15 HAKIM	DI GOFTI HAKIM PEDIATRE oulay Youssef CASABLANCA

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ANR 0092005450 Alami Sounni Samira Pharmacien - Beauséjour 22-09-2014	10/09/2014	312,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/21/04	Echographie abdominale	1522.25 \$ 05

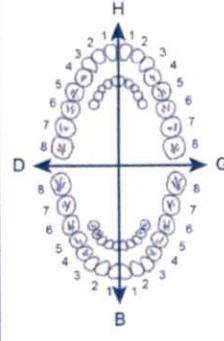
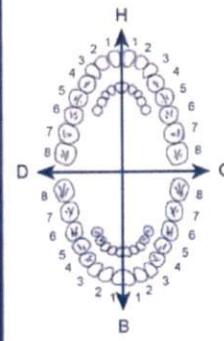
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 : [ ]												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [ ]												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> [ ]												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				<b>DATE DU DEVIS</b> [ ]												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [ ]												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																



# الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاضي العباسي  
**Dr. Mohammed BELCADI ABASSI**

الدكتور جمال بناني  
**Dr. Jamal BENNANI**

CASABLANCA LE : 03.2.2024

NOM : BENHMIDA  
PRENOM : MOHAMED RAYANE  
MEDECIN TRAITANT : DR. GOFTI Hakim

## Echographie testiculaire

- Testicule droit au niveau scrotal, de taille satisfaisante, de contours réguliers et d'echostructure homogène ne présentant pas de lésion focale.
- Ce testicules mesure 1,75 x 1,05 x 0,95 cm.
- Epididyme droit sans anomalie .
- Présence d'une ectopie testiculaire gauche avec testicule retrouvé au niveau du pli inguinal au dessus du canal spermatiques .
- Ce testicule est diminué de taille et d'echostructure hétérogène mesurant 1,50 cm de grand axe.
- Absence d'hydrocèle ou de varicocèle .

### \*Au total :

- Ectopie testiculaire gauche avec testicule diminué de taille , d'echostructure hétérogène retrouvé au niveau du creux inguinal au dessus du canal spermatique.

### CONFRATERNELLEMENT

DR. M. BELCADI

# Docteur GOFTI Hakim

## PEDIATRE

Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Besançon (France)  
Ancien interne des Hôpitaux  
de Franche - Comté

Tél : 05 22 48 60 70  
Fax : 05 22 22 74 73  
GSM : 06 61 14 78 85

### Sur Rendez-vous



كفتى حكيم

ي طب الطفل والرضيع

لطب بزانسون (فرنسا)

EFFIPRED® 20 mg  
LOT 32011  
EXP 04/2026  
PPV 40DH00

الهاتف : 05 22 48 60 70

05 22 22 74 73 : م

06 61 14 78 85 : ن



LOT: 231430  
PER: 09-2026  
PPV: 11,30DH

756.174.05.18

Lot/Batch: DLB00656  
Fab/Mfg: 02 2023  
EXP: 01 2025

01 2025  
02 2023  
DLB00656  
Fab/Mfg:  
EXP:

*afant bon n° 1  
Rabat  
nopo  
EXFIPRED 20 mg /  
1sp et dem  
le matin  
116,30  
x2  
OROKEN 200 mg /  
1sp matin et  
soir  
Arimed 20 mg /  
28/10 dose 33 kg /  
VOGALENE 5 mg /  
1130 mg x 2  
31230  
Dr GOFTI HAKIM  
PEDIATRE  
600 Bd Moulay Youssef CASABLANCA  
Tel: 0522-48.60.70 E-mail: hakimgofti@gmail.com  
INPE 091067793 - ICE 001666569000064  
Si urgence : Clinique ATFAL : 05 22 23 18 18 - 05 22 23 50 73*

# Docteur GOFTI Hakim

## PEDIATRE

Diplômé à la Faculté  
de Médecine de Besançon (France)  
Ancien interne des Hôpitaux  
de Franche - Comté

Tél : 05 22 48 60 70  
Fax : 05 22 22 74 73  
GSM : 06 61 14 78 85

## Sur Rendez-vous

الدكتور كفطى حكيم

اختصاصي في طب الطفل والرضيع  
خريج كلية الطب بزانسن (فرنسا)

الهاتف : 05 22 48 60 70  
05 22 22 74 73  
ن : 06 61 14 78 85

بالموعد

Casablanca, le

18/01/25

Joint son n° de  
Notation Registre  
Echographie Klinique

cryptorchidie  
gauche

Dr GOFTI HAKIM  
PEDIATRE  
600 Bd Moulay Youssef  
Casablanca  
Tél 0522 48 60 70

RADIOLOGIE SOCRATE  
Anglo American Hospital Casablanca  
Argentier 1000 Casablanca  
Tél 091 22 23 18 18 - 05 22 23 50 73

600, Bd. Moulay Youssef - 1er Etage - Casablanca - E-mail : hakimgofti@gmail.com

INPE 091067793 - ICE 001666569000064

Si urgence : Clinique ATFAL : 05 22 23 18 18 - 05 22 23 50 73

# **RADIOLOGIE SOCRATE**

FACTURE N°0164/24

CASA LE 03.2.24

**Nom & prénom :**

**BENHMIDA MOHAMED RAYANE**

Examens	Prix
Echographie testiculaire	500.00
TOTAL :	<b>500.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Cinq cent dirhams.

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA1  
Casa.0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743  
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087