

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

PR4FR05/V2/20-10-2023

Maladie Dentaire Optique Autres

Autre : Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **9283** Société : **NAZIH LATIFA**

Actif Pensionné(e) Autre : **02/03/1970**

Nom & Prénom : **NAZIH LATIFA**

Date de naissance : **02/03/1970**

Adresse : **42 Lot KHADIJA DAR-BOUAZZA CASABLANCA**

Tél. : **0661.13.81.43** Total des frais engagés : **...Dhs**

Dr. WYDADI Mustapha
Chirurgien
30, Rue Hadj Omar Rifi R.P. Mers Sultan
Casablanca - INP : 091138404
0522 207 242-Gsm: 0661 172 37

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **28/02/2024**

Nom et prénom du malade : **NAZIH LATIFA** Age : **54**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Affection**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **...KHA**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **...KHA**

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 : **CASABLANCA** Le : **28/02/2024**

Signature de l'adhérent(e) : **202**

VOLET ADHERENT

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
22-4-2024	9	300,00		 Dr. Madi Musa 30, Rue Hassan II, Mar Riffa, P.O. Box 2222, As-Sabقا, INDIA

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
	20/02/2014	540	500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروdanی CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, Le 29/02/2024

Patient
Examen(s) réalisé(s)

NAZIH LAILA
ECHOGRAPHIE HEPATIQUE.

COMPTE RENDU

Résultat :

Foie de volume normal, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
Absence de nodule solide ou kystique.
Absence de dilatation des voies biliaires intra ou extra-hépatiques.
Tronc porte perméable et de calibre normal.
Loge de cholécystectomie libre.
On retrouve le processus pancréatique connu.

Au total :

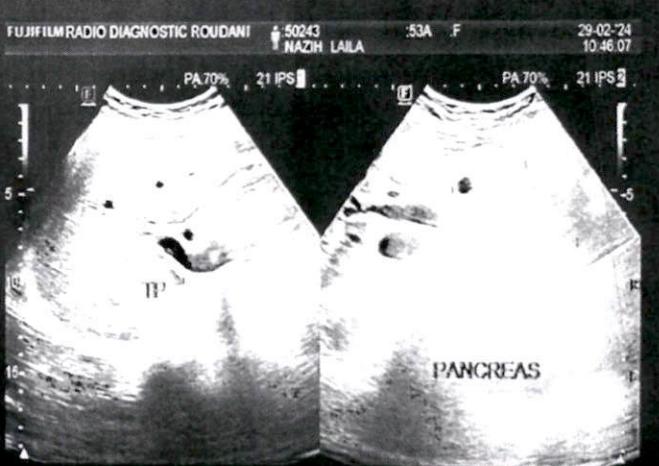
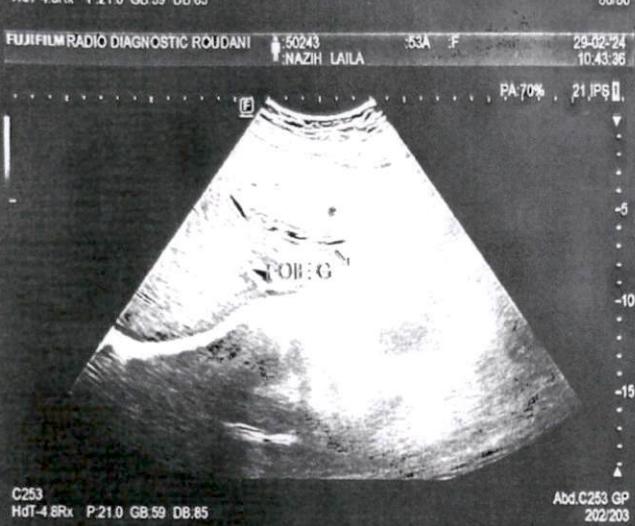
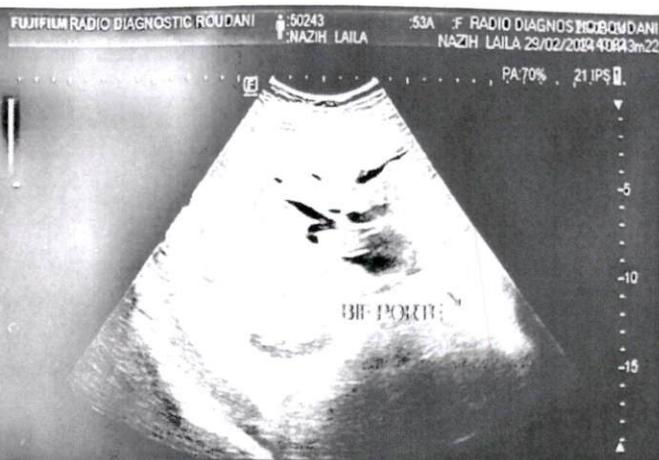
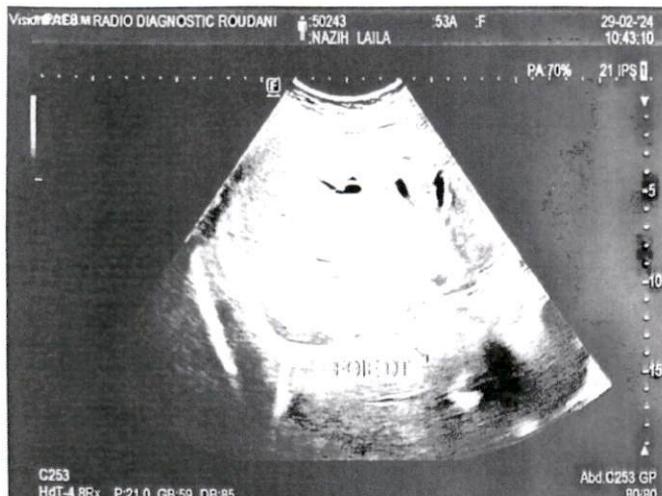
Echographie hépatique ne révélant pas d'anomalie particulière.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. A. ADIL
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani, Casablanca - Maroc
Tél: 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68
e-mail : roudani@hotmail.fr

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH

400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
Tél.: 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68
RC : 15128 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040



Docteur WYDADI Mustapha

Chirurgien Oncologue

Diplôme de l'Université Louis Pasteur Strasbourg

Ancien Chirurgien : C.A.V - Nancy
I.N.O - Rabat

- SEIN (oncoplastie - reconstruction)
- GYNECOLOGIE
- DIGESTIF
- PROCOTOLOGIE
- THYROIDE

الدكتور الودادي مصطفى

جراح - أمراض السرطان

خريج جامعة لويس باستور بستراسبورغ
جراح سابق : المركز لمحاربة السرطان بنانسي
المعهد الوطني الأنكلولوجيا بالرباط

التدبي (أنكوبلاستي - تجديد)

- أمراض النساء

- الجهاز الهضمي

- الغدة الدرقية

Casablanca, le 28 - 2 - 2024 الدار البيضاء، في

Chir. Ann.

Mme NAZI H. Laiha

Since dep → 2015

pour une formation
(cytoreductive Surgery)

Une Echo Hystéro
a révélé une kyste de la poitrine
d'un kyste 2. & une autre
pour Echo gynéco pour
évaluer tout autre

Ensuite

Dr. WYDADI Mustapha
Chirurgien

30, Rue Hadi Omer 2ème étage N° 5 Mers Sultan
Casablanca Tel : 091138404
Fax : 05 22 20 72 42 - GSM : 06 61 17 23 71
GSM : 0661 172 37

30 شارع عمر الريفي الطابق الثاني رقم 5 مرس السلطان - الدار البيضاء

30 Av Omar Riffi 2ème étage N° 5 Mers Sultan - Casablanca

Tél/Fax : 05 22 20 72 42 - GSM : 06 61 17 23 71

E-mail : wydadimustapha@yahoo.fr - Site Web : <https://drwydadimustapha.ma>



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروdanی CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUKI

Dr. Yasmine TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 29/02/2024

FACTURE N° : FA:00 2407/24

Nom : NAZIH LAILA

Arrêtée la présente facture à la somme de :

500,00 Dhs

CINQ CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

ECHOGRAPHIE HEPATIQUE.

500,00 Dhs

Total de : 500,00 Dhs

Mode de règlement TPE

ATTIJARI WAFA BANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH

400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma

Tél. : 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68

RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040