

## 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 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 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.

Nº W19-506855

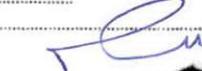
|   |   |   |                                 |
|---|---|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie   | <input type="checkbox"/> Dentaire   | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>R5059</b>   |   |   |                                 |
| Matricule :   | 1179  | Société :                                   | R.A.M                           |
| <input type="checkbox"/> Actif  | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)                                    | <input type="checkbox"/> Autre :            | CHAFFAF m'hamed                 |
| Nom & Prénom : C.HAFFAF m'hamed   |   |   |                                 |
| Date de naissance : 1949  |   |   |                                 |
| Adresse : N° 37 Rue 4 JAMILA 3 C.D casablanca   |   |   |                                 |
| Tél. : 06 76 00 23 66   | Total des frais engagés : 3000,00 DH Dhs  |   |                                 |
| Cadre réservé au Médecin  |   |   |                                 |
| Cachet du médecin :   |  |   |                                 |
| Date de consultation :  | 16 MARS 2020  |   |                                 |
| Nom et prénom du malade : CHAFFAF m'hamed Age:  |   |   |                                 |
| Lien de parenté :   | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même  | <input type="checkbox"/> Conjoint           | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/03/2020



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 | INP : <input type="text"/>                   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |
|------------------------------|---|------------------|-------------|--|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|---|
|                              |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |
|                              |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |
|                              |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |
|                              |   |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |
|                              | <table border="1"> <tr><td>H</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> |                  |             | H  |  | G | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| H                            |   | G                |             |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |
| 25533412                     | 21433552  |                  |             |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |
| 00000000                     | 00000000  |                  |             |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |
| D                            |   | G                |             |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |
| 00000000                     | 00000000  |                  |             |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |
| 35533411                     | 11433553  |                  |             |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |
| B                            |   |                  |             |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |
|                              | <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |
|                              |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Jafar ZEMRAG**  
**Chirurgien Urologue**

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy  
Ancien Assistant - Chef de Clinique  
Membre de l'Association Française d'Urologie

Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins  
et des Voies Génito Urinaires  
Lithotripte Extracorporelle - Greffes Rénale  
Echographie - Circuncision - Andrologie  
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

**الدكتور جهير زمراد**  
جراحة المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية ننسى (فرنسا)

رئيس سابق لمصلحة جراحة الكلية

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بننسى  
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية  
عقم عند الرجال . زرع الكلية . طهارة الأطفال

Casablanca, le

23 / 01 / 2020

CESTAHAF  
Tél.: 05 22 27 83 83 / 05 22 27 81 77  
Boulevard Abdelloumene - Casablanca  
Place de l'Institut Pasteur  
RADIODIAGNOSTIC DES HOPITALS  
11. Abdomino pelvis  
et thorax  
re : lésion d'exsudat muco sanguinolent  
à dévascularisation prétotale

Docteur Jafar ZEMRAG  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
52, Rue Taha Housine (Ex Gallilé) Quartier Gauthier  
Casablanca  
Tél.: 0522 26 70 98/26 72 24

# الفحص بالأشعة حي المستشفيات

## RADIOLOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX

RÉSIDENCE PASTEUR

إقامة باستور

SCANNER SPIRALE 64B : CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANNER  
ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISÉE  
MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMERIE - PANORAMIQUE DENTAIRE  
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

Casablanca, le 04/02/2020

**Facture N° 472/2020**

Dr. N. BENNANI

Nom patient : **CHAFFAF MOHAMED**

Examen(s) réalisé(s) :  
**SCANNER THORACO-ABDOMINO-PELVIAN**

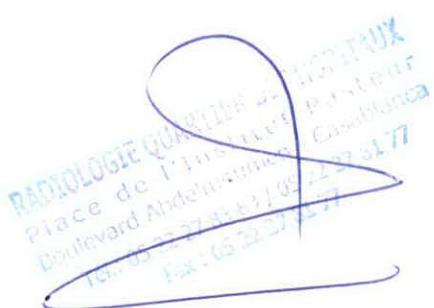
Dr. Y. BOUZIDI

Montant : **TROIS MILLE DHS (3000 DH)**

Dr. M.Z. CHAOUI

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**TROIS MILLE DHS**

Dr. T. TAIFOUR



### RÉSIDENCE PASTEUR

إقامة باستور

**SCANNER SPIRALE 64B :** CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANNER  
 ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMÉRISÉE  
 MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMÉRIE - PANORAMIQUE DENTAIRE  
 RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

Casablanca , le 04/02/2020

hs

Patient : **CHAFFAF MOHAMED**

Médecin traitant : **DR ZEMRAG JAFAR**

Examen réalisé : **SCANNER THORACO-ABDOMINO-PELVIAN**

#### RC :

*Bilan d'extension d'un adénocarcinome prostatique.*

Dr. N. BENNANI

#### Technique :

*Examen réalisé au décours d'un bolus iodé intraveineux avec reformatages multiplanaires.*

#### Résultats :

##### **A l'étage thoracique :**

- Permeabilité des principaux vaisseaux du médiastin.
- Petit nodule thyroïdien basilobaire gauche.
- Pas d'adénopathie médiastinale ou axillaire de volume significatif.

##### **Au niveau parenchymateux :**

On ne note pas d'image nodulaire suspecte (granulome calcifié du lobe moyen séquellaire).

##### **A l'étage abdomino-pelvien :**

- Foie de volume normal, de densité et rehaussement homogènes.
- Pas d'anomalie de la vascularisation hépatique.
- Pas de dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatiques.
- Pancréas de volume normal.
- Pas de splénomégalie.
- Pas d'épaississement des parois digestives.
- Pas d'adénopathie intra ou retro péritonéale de volume significatif.
- Pour mémoire, artère rénale gauche retro aortique.

##### **A l'étage pelvien :**

- On note une prostate hypertrophiée de rehaussement hétérogène.
- Pas de signe d'atteinte de la paroi pelvienne.
- Quelques adénopathies de forme ronde et de taille centimétrique.
- Noter cependant la présence de deux îlots condensants de la tête fémorale droite.

.../...

Dr. T. TAIFOUR

### RÉSIDENCE PASTEUR

إقامة باستور

SCANNER SPIRALE 64B : CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANNER  
ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISÉE  
MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMÉRIE - PANORAMIQUE DENTAIRE  
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

Suite

#### AU TOTAL :

- Hypertrophie prostatique de rehaussement hétérogène.*
- Pas de retentissement sur les cavités urinaires.*
- Petites adénopathies péri-prostataques de taille centimétrique.*
- Pas d'adénopathie de taille significative au niveau lombo-pelvien.*
- Pas de localisation d'allure secondaire aux étages abdominal et thoracique.*

Dr. N. BENNANI

Dr. Y. BOUZIDI

Dr. M.Z. CHAOUI

Dr. T. TAIFOUR

Signé Dr TAIFOUR T.

Place du Quartier des Hôpitaux  
Boulevard Abdelloumen - Casablanca  
Tél: 0522 27 83 83 / 0522 22 44 91  
Fax: 0522 27 81 77

**Docteur Amina EL KESSIOUI**  
**Spécialiste en Médecine Nucléaire Radio-isotope**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Lyon  
Ex médecin à l'hôpital Avicenne Rabat

**الدكتورة القسيوبي امينة**  
**اختصاصية في الطب النووي و التصخيص الشعاعي γ**

خريجة كلية الطب بلyon فرنسا  
طبيبة سابقا بمستشفى ابن سينا بالرباط

Casablanca le : 11/02/2020

**Réf :** C 15069/02/2020.

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Nom et Prénom            | : Mr. CHAFFAF MHAMED.                   |
| Médecin Traitant         | : DR. JAAFAR ZEMRAG.                    |
| Renseignements Cliniques | : ADK Prostatique                       |
|                          | PSA :                                   |
|                          | Gleason :                               |
|                          | Bilan d'extension                       |
| Examen Demandé           | : Scintigraphie osseuse aux HMDP-Tc99m. |
| Activité injectée        | : 680 MBq.                              |

### **COMPTE RENDU**

L'exploration isotopique totocorporelle en double incidence et les vues statiques centrées, ne montrent pas de fixation pathologique suspecte.

Par ailleurs, à noter :

- Une hyperactivité ostéoarticulaire de la scapulohumérale gauche, liée à l'arthrose.
- Une hétérogénéité rachidienne basidorsale, de type dégénératif.

### **CONCLUSION :**

**Absence de foyer suspect pouvant faire évoquer un processus secondaire.**

*Merci de votre confiance.*

*Signé :*

*Dr. EL Aminat KESSIOUI  
Spécialiste en Médecine  
Nucléaire Radio-isotope  
Casablanca - Maroc - 11/02/2020*