

## 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 | adhésion@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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-521746



<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>R5057</b>			
Matricule :	1179	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>CHAFFAF m'hamed</b>
Nom & Prénom : <b>CHAFFAF m'hamed</b>			
Date de naissance : <b>1949</b>			
Adresse : <b>no 37 Rue 4 jamaïla 3 C.D Casablanca</b>			
Tél. :	0676002366	Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Docteur CHAFFAF</b>			
Date de consultation : <b>23/01/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>CHAFFAF m'hamed</b> Age : _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>maladie</b>			
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) : **CHAFFAF m'hamed**

Le : **10/03/2020**

### 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
20/11/2010				INP : 11111111111111111111111111111111

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIographies

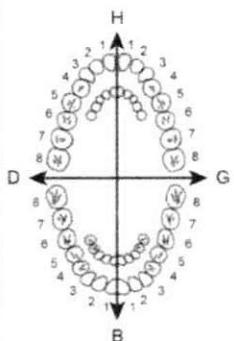
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
Dr. Elie Boudjedra Spécialiste en Radiologie Nucléaire - Radiologue 242...	10/12/2010		23000 dh

### AUXILIAIRES MEDICAUX

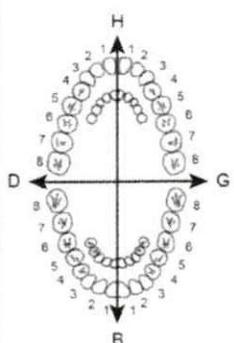
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE 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  
Lithotriptie Extracorporelle - Greffes Rénale  
Echographie - Circuncision - Andrologie  
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

الدكتور جهير زمراد  
جراحة المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية نيسى (فرنسا)

رئيس سابق لمصلحة جراحة الكلية  
والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بنسى

عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية  
أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية  
عقم عند الرجال. زرع الكلية. طهارة الأطفال

13/01/2020  
Casablanca, le

Scintigraphie  
Dr. EL  
Spécialiste en Médecine  
Nucléaire - Radioisotopes

re : échec de l'urine  
du adolescent  
Instalga

Dr. JAFAR ZEMRAG  
Chirurgien Urologue  
Casablanca, le 13/01/2020



**Dr. ELKESSIOUI Amina**

Spécialiste en médecine nucléaire et radio-isotope,

Diplômée de l'université de Lyon - France

Ex médecin au CHU Ibn Sina de Rabat

**الدكتورة القسيسي أمينة**

اختصاصية في الطب النووي والتشخيص الشعاعي

خريجة كلية الطب بليون فرنسا

طبيبة سابقا بمستشفى ابن سينا بالرباط

*Casablanca le : 11/02/2020*

## FACTURE

N 190

C 14921

Nom et Prénom : CHAFFAF MHAMED

Méd. Prescripteur : DR JAAFAR ZEMRAG

Examens : Scintigraphie osseuse aux HMDP-TC 99m

Au prix de : 2300

Arrêtée la présente facture à la somme :

DEUX MILLE TROIS CENT DIRHAMS.

Signée :

Dr. El Kessoui  
Spécialiste en médecine  
Nucléaire et radio-isotope

248, Angle Boulevard Ghandi - Casablanca - 248

البريد الإلكتروني : Email : centre.elkessoui@gmail.com

Patente : 34750180 - LF : 42300580 - CNSS : 7350151

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 KESSIOUI Amina  
Spécialiste en Médecine Nucléaire Radio-isotope*