

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

Matricule : *2111* Société : *RAM*

Actif  Pensionné(e)  Autre : *Retraite*

Nom & Prénom : *Lazreg Ahmed*

Date de naissance : *13.11.1951*

Adresse : *500 H9J F479h ouya C484*

Tél. : *066.873.6604* Total des frais engagés : *267,40 Dhs* Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : *28/03/2021*

Nom et prénom du malade : *Qarmouni Khadija* Age : *47*

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

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 : *Casablanca* Le : *29/03/2021*

Signature de l'adhérent[e] :



**MUPRAS**

## **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25.3 2021 a.m.	80€ 177

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

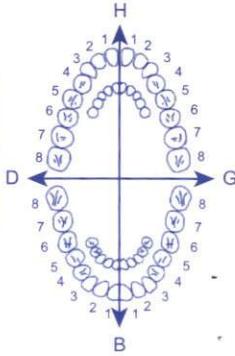
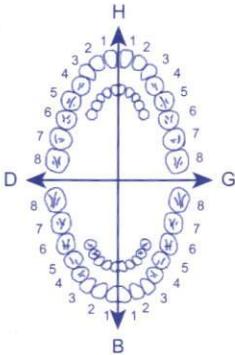
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D	21433552 00000000 00000000	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		11433553		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
[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				

Dr Chakib BENNANI-SMIRES | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Le 30/3/2021



Darmouni Khadja

- Dompteur 300ml



177.



50 ml.

OMNIPAQUE™ 300mg I/ml  
 SOLUTION INJECTABLE IOHEXOL 1x50ml



Distribué par CYCLOPHARMA Lot 84, Z.I.Ouled Saleh  
 Bouskoura-Nouaceur.  
 N° AMM : 310/13 DMP/21/NNP



Dr Chakib BENNANI-SMIRES | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Le 29/3/2021

22m Mrs. Baroudi Khadija

Clarbec

1 comp. La Veille de l'escan

1 comp. Le jour de l'escan matin

Solutex 20 mg

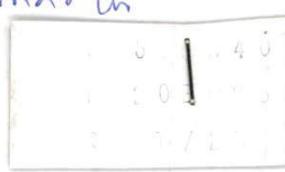
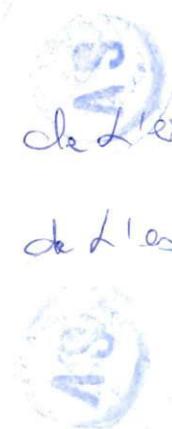
1 matin

1 midi

1 soir

Veille de l'escan

25g



**Docteur Tijani TAK-TAK**

Spécialiste en Médecine Interne  
Ancien Interne des Hôpitaux  
de Marseille

الدكتور التيجاني طرق طرق  
اختصاصي في الطب الباطني

Cas. No 10103 / 221

M - QAKMOUNI

Khadija

11/ TD M Horay ✓



17, Place Pasteur, 1<sup>er</sup> étage n° 11 - Casablanca - Tél.: 05 22 26 90 61 - GSM : 06 62 02 03 01  
06 62 02 03 01 ، ساحة باستور، الطارق الأول، رقم 11 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 26 90 61 - النقال :

E-mail : tijani-taktak@hotmail.com

Dr Chakib BENNANI-SMIRÉS | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 29 Mars 2021

**PR. A. BAKHATAR**

**Mme. QARMOUNI EP LAZREQ KHADIJA**

### **COMPTE RENDU**

#### **TDM THORACIQUE :**

##### **Indication :**

Suspicion de sarcoïdose.

##### **Technique :**

Acquisition hélicoïdale de 1,25mm d'épaisseur sans et avec injection de produit de contraste.

##### **Résultat :**

- Nodule de contours lisses, oblongue, mesurant 6,5mm de grand axe, du Fowler droit.
- Petit nodule sous pleural, de 5mm de grand axe, du lobe inférieur droit, de faible densité.
- Absence d'autre lésion parenchymateuse pulmonaire.
- Absence d'adénopathie médiastinale ou hilaire.
- Absence d'épanchement pleural ou péricardique.
- Absence d'anomalie surrénalienne.

##### **Conclusion :**

Micronodules du lobe inférieur droit, dont la nature séquellaire ou évolutive ne peut être précisée sur cet examen. A contrôler dans 3 à 4 mois.

**DR BOUZIANE MOUNIA**

