

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-629710

71754

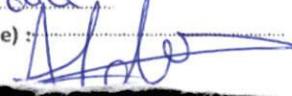
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	001096	Société :	RAN
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ZEBROU ABDELB			
Date de naissance : 01/01/1947			
Adresse : 8 Rue de fer Nohammedia			
Tél. :	0601 04 97 54	Total des frais engagés : 3613.50 - Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cachet du médecin :	Dr. Fatma BEN ABID ONCOLOGUE CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE 22, Avenue Ahmed Balafrj Souissi - Rabat L.D : +212(5) 37 66 41 86 Tél : +212(5) 37 67 17 17 Fax : +212(5) 37 67 29 29 INPE : 1426392929 ACCUEIL : 24 MAZ 2021 BOUK : 04/05/2021		
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age: _____
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 : Mohammedia

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 04/05/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du M. attestant le Paiement des
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

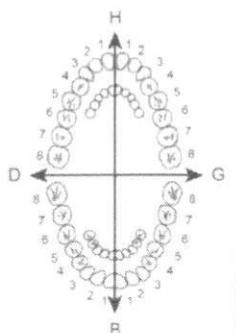
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE 22. AVENUE AHMED BALEFJ, SOUSSE - RABAT TÉL: 05 37 67 17 17 - FAX: 05 37 67 29 29 CE: 001691055000094 - INPE: 100003668	19/10/01	Radiologie	3613,50

AUXILIAIRES MEDICAUX

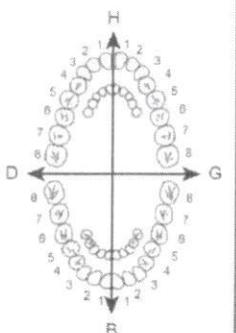
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	28533412	21433652
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Therapeutique, 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

D^r FATMA BEN ABID

oncoloque

dipLômé de L'université de Paris
EX Médecin à René HUQUENIN

diagnostic et traitement des cancers
soins de support en onco-hé

الدكتورة فاطمة بن عبيد

اختصاصية في علاج الأورام

خريج كلية الطب بباريس
طبيب سابق بمستشفى رينيه هوجينين

CO16

CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 NOVEMBRE

تشخيص وعلاج الأورام
الرعاية

16.04.2021



210311122555AH

Mr. ZERROU Abdenbi

19/04/2021

Mr. Zerrou Abdenbi

IRN pelvienne

AC : + de prostate

Bloco 3 + 4 PSAS

mag enore tritée

① +212 (6) 69 00 00 48

② +212 (5) 37 67 17 17 L.G

③ +212 (5) 37 66 41 66 L.D

④ +212 (5) 37 67 29 29

⑤ fbenabid@co16.com

Dr. Fatma BEN ABID
ONCOLOGUE
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Balafrej Souissi - Rabat
L.D : +212(5) 37 66 41 66
Tél : +212(5) 37 67 17 17 Fax : +212(5) 37 67 29 29
INPE : 101167203

clinique d'oncologie 16 novembre

22 Avenue Ahmed Balafrej - Rabat

clinique@co16.ma

CLARISCAN™ 0,5 mmol/ml
SOLUTION INJECTABLE 1x15ml

PH

276DH00

1196721

Clariscan™ 0,5 mmol/ml
acide gadolérique

Chaque ml contient 279,3 mg
acide gadolérique,
équivalent à 0,5 mmol.

15 ml contiennent 4,189,8 mg
acide gadolérique (sous forme
de sel de maglumine), équivalent
à 7,5 mmol.

Excipients : Négligeable.
tétroxétan (Dota), écu p.p.l.

EXP : 08-2022
Lot n° : 15261393
1196799 MAR



GE Healthcare
Clariscan™
acide gadolérique
0,5
mmol/ml

Solution injectable
1 x 15 mL

Produit de contraste
pour l'IRM
Administration
par voie intraveineuse

Titulaire/Exploitant:
GE Healthcare AS
Nycovenen 1
0485 Oslo, Norvège

15

Boîte de 1 flacon de 15 mL.
À usage unique.
Tenir hors de la vue et de la
portée des enfants. Lire la
notice avant utilisation.
Reporter le nom du produit,
le numéro du lot et la dose
administrée dans le dossier
du patient.

Respecter les doses prescrites
Liste I - Uniquement sur
ordonnance

Distribué par
CYCLOPHARMA lot 84,
Z.I. Ouled Saleh
Bouskoura-Nouaceur
N° AMM: 162/15/DMP/21

CLARISCAN™ 0,5 mmol/ml
SOLUTION INJECTABLE 1x15ml

PH

276DH00

1196721

Clariscan™ 0,5 mmol/ml
acide gadolérique

Chaque ml contient 279,3 mg
acide gadolérique,
équivalent à 0,5 mmol.

15 ml contiennent 4,189,8 mg
acide gadolérique (sous forme
de sel de maglumine), équivalent
à 7,5 mmol.

Excipients : Négligeable.
tétroxétan (Dota), écu p.p.l.

EXP : 08-2022
Lot n° : 15261393
1196799 MAR



GE Healthcare
Clariscan™
acide gadolérique
0,5
mmol/ml

Solution injectable
1 x 15 mL

Produit de contraste
pour l'IRM
Administration
par voie intraveineuse

Titulaire/Exploitant:
GE Healthcare AS
Nycovenen 1
0485 Oslo, Norvège

15

Boîte de 1 flacon de 15 mL.
À usage unique.
Tenir hors de la vue et de la
portée des enfants. Lire la
notice avant utilisation.
Reporter le nom du produit,
le numéro du lot et la dose
administrée dans le dossier
du patient.

Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur
ordonnance

Distribué par
CYCLOPHARMA lot 84,
Z.I. Ouled Saleh
Bouskoura-Nouaceur
N° AMM: 162/15/DMP/21

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE

TEL : 05 37 67 17 17 / 06 66 97 43 41
FAX : 05 37 91 03 00 // 05 37 67 29 29

FACTURE

N° 4 886 / 2021 du 19/04/2021

Nom patient	ZERROU ABDENBI	Entrée 19/04/2021	Sortie 19/04/2021
Prise en charge	PAYANT		

RADIOLOGIE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
IRM PELVIENNE	1,00	K	3 000,00	3 000,00
			Sous-Total	3 000,00
PHARMACIE	1,00		613,50	613,50
			Sous-Total	613,50
Total Frais Clinique				3 613,50

Total général 3 613,50

Arrêtée la présente facture à la somme de :
TROIS MILLE SIX CENT TREIZE DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	3 613,50	3 613,50	0,00

Ref Chq : CFG BANK 0000174 ZERROU AIDA/

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22. Avenue Ahmed Balafréj, Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29 29
ICE : 00169105500094 - INPE : 10006366

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : ZERROU ABDENBI	N° Facture	4 886	210311122555AH-005
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
CLARISCAN INJECTA (01)	2	276,00	552,00
Sous-Total médicaments			552,00
BAVETTE ELASTIQUE BTE 50 (50)	3	6,00	18,00
GANT JETABLE POUDRE (100)	3	1,50	4,50
INTRANULE BLEUE G22 (01)	1	22,00	22,00
SERINGUE 20CC (001)	2	3,50	7,00
URGO DERM 5*10 CM (05)	1	10,00	10,00
Sous-Total consommable médical			61,50
		Total pharmacie	613,50

RABAT Le 19/04/2021

Nom et Prénom : Mr. ZERROU Abdenbi
Médecin traitant : Dr F.BEN ABID

IRM PROSTATIQUE

INDICATIONS : tumeur de la prostate. Gleason 7.

TECHNIQUE : Examen réalisé dans les trois plans de l'espace, en séquences pondérées T1, T2 avec et sans saturation de la graisse, diffusion et séquences T1 dynamique avec injection de produit de contraste.

RESULTATS :

- Prostate mesure 50 x 43 x 35 mm soit un volume de 40cc.
- Absence d'anomalie de signal suspecte de la zone transitionnelle.
- La zone périphérique est le siège d'un processus lésionnel à cheval sur les deux lobes et étendu sur toute la hauteur de la prostate, se présentant en hypo-signal T2, hyper-signal Diffusion avec un ADC bas estimé à $0.6 \times 10^{-3} \text{ cm}^2/\text{sec}$ et rehaussé après injection du produit de contraste.
Ce processus est responsable d'une effraction capsulaire latéralisée à gauche.
- Respect de signal des vésicules séminales.
- Vessie ne présente pas d'anomalie endoluminale ou pariétale.
- Absence d'épaississement digestif.
- Respect de signal de la graisse pelvienne.
- Absence d'épanchement pelvien ou d'adénopathie profonde.
- Absence d'anomalie de signal osseux.

CONCLUSION:

Processus de la zone périphérique pouvant être classé T3a, N0, Mx.

Dr. F. BENCHAKROUN
Radiologue
CLINIQUE CO16 - 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Balafrej - Rabat
L.D : +212 (5) 37 67 41 95

~~Dr. F. BENCHAKROUN~~

~~22, Avenue Ahmed Balafrej - Rabat~~

~~L.D : +212 (5) 37 67 41 95~~

~~Fax : +212 (5) 37 67 29 29~~

📍 22 Avenue Ahmed Balafrej - Rabat

✉ clinique@co16.ma

📞 +212 (5) 37 67 17 17
📞 +212 (5) 37 67 29 29