

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10308

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bougaddou

Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06.02.46.26.56

Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15 JUIN 2022

Nom et prénom du malade : Dr. BOUGADDOU FATIMA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affection digestive

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 : 14/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :



## **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
15 JUIN 2021	CS	62	650	INP : 0910761501
5 JUIN 2021	K30		400	Jaouad HOUSNI Praticien des Malades app. 14 CASPA

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Adnane BIDAH Boulevard OUM ERRABIA Tétouan TÉTOUAN TÉTUAN TETOUAN TETUAN	15/06/22	79.55

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....
		.....	.....

## AUXILIAIRES MEDICAUX

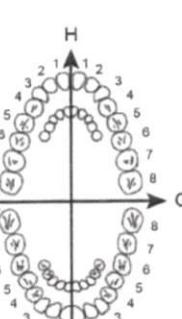
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **RÉVUE 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 l'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# DOCTEUR HOUSNI J

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Gastro-Intestinal

(Foie - Estomac - Intestins - Hépatite)

Diplôme de la faculté de médecine

Ancien Chef de Service de Gastro-

des Hôpitaux El Ghassani

et Bouafi à Casablanca

Explorations Digestives

PPV 18DH30

EXP 06/2024  
LOT 16024



الدكتور جو

اختصاصي في أمراض المعدة - الكبد - الأمعاء

خريج كلية طب رئيس سابق بقسم أمراض بمستشفى الغسانى بفاس - الفحص بالأليات البصرية

Bou GADDOU FATHIMA

Casablanca, Le : ..... الدار البيضاء، في :

15 JUIN 2022

1813°. Cloprame 1M Dr. Adnane BIDAH  
Boulevard OUM ERRAABI HAY HASSANI Tel: 05 22 98 88 72  
Casablanca

Ullis leste  
18g + 2 ml

Next

20.40X3+ ces +

\* Astm gel

1 ces + 3 ml

PHARMACIE OUMERRABII  
Dr. Adnane BIDAH  
49 Boulevard OUM ERRAABI HAY HASSANI,  
El Oulfa - CASABLANCA Tel: 05 22 90 40 79

Dr. Jaouad HOUSNI  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif  
70 Bd. Zerkouni Appart 14  
Tél: 05 22 47 25 77 / 05 22 49 28 93 - E-mail : housnijaouad@hotmail.fr



70, شارع الزرقطوني - الطالق الثاني رقم 5 ( أمام سوق الورد ) - الهاش : 05 22 47 25 77

5, Bd. Zerkouni - 2ème Étage - Appt N°5 ( Face au Marché de fleurs ) - Casablanca

Tél : 05 22 47 25 77 / 05 22 49 28 93 - E-mail : housnijaouad@hotmail.fr

**DOCTEUR HOUSNI JAOUAD**

**Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif  
(Foie-Estomac-Intestins-Hémorroïdes)**

Lauréat de La Faculté de Médecine de Toulouse  
Ancien Chef De Service de Gastro-Entérologie  
Des Hôpitaux El Ghassani à Fès  
Et Bouaifi à Casablanca  
Explorations Digestives

**الدكتور جواد حسني**

**اختصاصي في أمراض الجهاز الهضم**  
**(المعدة - الكبد - الأمعاء - البواسير)**

خريج كلية الطب بتولوز  
رئيس سابق بقسم أمراض الجهاز الهضمي  
بمستشفى الغساني بفاس - وبوافي بالبيضاء  
**الفحص بالأليات البصرية**

Casablanca, le ..... 15/06/22 ..... البيضاء في:

**FACTURE D'ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

**Nom : Mm BOUGADDOU**

**Prénom : FATIMA**

Arrêter la facture de Quatre cents dirhams (400 Dhs) comme frais d'Echographie Abdominale (K30) réalisée ce jour à Mm BOUGADDOU FATIMA

Dr. Jaouad HOUSNI  
Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif  
70, Bd. Zerkouni APPT 14  
Tél: 49.28.93 / 47.25.77 CASA

## **DOCTEUR HOUSNI JAOUAD**

**Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif**  
**(Foie-Estomac-Intestins-Hémorroïdes)**  
**Lauréat de La Faculté de Médecine de Toulouse**  
**Ancien Chef De Service de Gastro-Entérologie**  
**Des Hôpitaux El Ghassani à Fès**  
**Et Baouafi à Casablanca**  
**Explorations Digestives**

**الدكتور جواد حسني**

**اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي**  
**(المعدة - الكبد - الأمعاء - البواسير)**  
**خريج كلية الطب بتولوز**

**رئيس سابق بقسم أمراض الجهاز الهضمي**  
**بمستشفى الغساني بفاس - و波افي بالبيضاء**  
**الفحص بالأليات البصرية**

Casablanca, le ..... 15 JUIN 2022 ..... **البيضاء في:**

**Nom** :Mm BOUGADDOU  
**Prénom** :FATIMA  
**Motif** :Douleurs abdominales + Vomissement  
**Appareil** :Siemens

## **COMPTE-RENDU D'ECHOGRAPHIE**

**FOIE :** Echostructure très brillante mais homogène, taille et limites normales. Pas d'Image pathogène décelée.

**Vésicule biliaire :** Paroi fine, contenu transsonique très distendu avec slug épais.

**TP , VBP , VBIH , VSH :** TP à 14 mm , VBP , VBIH , VSH non dilatées

**PANCREAS :** Structure et taille normales

**RATE :** de taille mais de structure normale

**AUTRES :** Distensions intestinales,

**Rein Gauche :** calcification corticale sans répercussion sur les voies excrétrices

**Rein Droit :** sans anomalie

Pas de ganglions, ni d'épanchement intra abdominal.

Stase gastrique avec épaissement très important de la paroi gastrique, Gaz intestinaux

## **CONCLUSION :**

**STEATOSE HEPATIQUE**  
**GASTRITE DE STASE**

Dr. Jaouad HOUSNI  
 Spécialiste des Maladies  
 de l'Appareil Digestif  
 70 Bd Zerkouni 2<sup>ème</sup> Etage - Appt N°5 (face au Marché des fleurs) Casablanca - Tél : 05 22 47 25 77 / Fax : 05 22 49 28 50  
 Tel: 05 22 49 28 50