

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0034644

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01766 Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SEFFAR N°d Rachid

Date de naissance : 27-04-1953

Adresse : 5, Lot Nezha Casablanca

Tél. : 0661632379 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Contrôle suite au cancer déclaré en 2020

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 07 DEC. 2022

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 : 29/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
29/11/12	CS	C	G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

29/11/12

372,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

29/11/12

250

2500

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

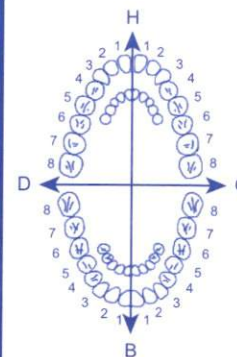
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

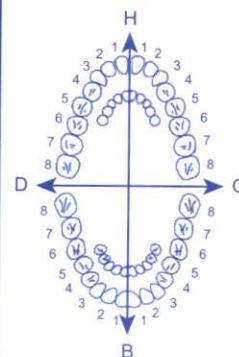
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DÉCOMPTÉ DE VERSEMENT

Mr SEFFAR Mohammed
202003449M1D

MODE DE PAIEMENT

☐ Numéraire

☐ Chèque

Montant :

CB 45,32

Partie versante :

Mr SEFFAR

☐ Acompte s/ hospitalisation

☒ Soins externes

Date des soins :

13/10/22

CS :

Actes :

Acompte s/ sc
du 13/10 2022
Pack

Total :

45,32

Cadre réservé à la Trésorerie

Réf. Paiement :

Visa Trésorerie

GUSTAVE ROUSSY
114 rue Edouard Vaillant
94805 VILLEJUIF
Formalités Administratives / Facturation
Code Financ : 940000664

Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

D^r VLAVONOU Sandrine

Identification de la structure

(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)

Identification du patient
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur))

MR SEFFAR Mohamed.

n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Le 13/10/2022

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

Faire réaliser dans un centre d'imagerie
médicale :

Scanner cervico-facial et thoracique.

Suivi d'un carcinome épidermoïde de l'oropharynx
doit être traité par chirurgie et radiochimiothérapie.

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

Docteur Ingrid BREUSKIN
Chef de Comité
Comité ORL
Gustave Roussy
114, rue Edouard Vaillant
94805 Villejuif Cedex
01 42 11 59 01
N° RPPS 10100160398
Etb N° 94 0160013

Pour 1 mL de solution : Iohexol 647 mg q.s.p
300 mg d'iode.
Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcique,
eau P.P.I.

Le flacon à usage unique.

A conserver à une température ne dépassant pas
+30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants.
Le produit peut être conservé 3 mois à une
température de +37°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation

1 مل يحتوي على : إيوهكسول 647 ملغ
ك.ك.ل، 300 ملغ يود

المركبات الأخرى : تروميثامول، حمض
الهيدروكلوريك، إيديتات الكالسيوم، ماء
للحقن.

كل عبوة لإستعمال واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدى
30°C، يحفظ بعيدا عن الضوء وبعيدا عن
الأشعة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3
أشهر في مكان درجة حرارته 37°C.
لا يترك على مرأى أو في متناول الأطفال.
اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.

AMM N°: 101/19 DMP/21/NRQ

GE Healthcare



OMNIPAQUE™
أومنيباك

300 mg I/ml
ملغ يود/مل

Solution injectable
IOHEXOL

محلول للحقن
إيوهكسول

1 x 100 ml

**Voie intraveineuse ou
intra-artérielle**

يستعمل للحقن
داخل الأوعية

EXP /
نهاية الإستهلاك:
Lot n°/
الحصة:

07-2025
15966762

1198590 MAR



OMNIPAQUE 300 mg I/ml

IOHEXOL

أومنيباك 300 ملغ يود/مل
إيوهكسول



CE PRODUIT + GROSSESSE = DANGER

هذا المنتج + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique
لا يستعمل لدى المرأة الحامل إلا عند غياب علاج بديل

Respecter les doses prescrites.

احترموا مقادير الوصفة.

Liste I

القائمة I

Médicament soumis à prescription médicale

Uniquement sur ordonnance

دواء يقدم إلا على وصفة

Détenteur de la DE : صاحب مقرر التسجيل:

GE Healthcare AS

Nycoveien 1, P.O.Box 4220 Nydalen,

NO-0401 Oslo, Norvège.

Distribué par : Cyclopharma S.A. Lot.84,

Z.I. Ouled saleh, Bouskoura, 27182 Casablanca



Casablanca le 29/11/2022

Dr. Mustapha AKIKI

Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

Dr. M. AZ El-Arab BERRADA

Spécialiste en Radiologie
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

**Dr. Hakima BENKIRANE
Ep. Benjelloun**

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd
Diplômée de Paris
en Imagerie de la femme

Dr. Imad HANAFI

Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté
de Médecine de Bruxelles
Ex. Praticien hospitalier
des hôpitaux de Paris
Radiologie Conventiennelle
et Interventionnelle

PATIENT : SEFFAR MOHAMED RACHID
MEDECIN TRAITANT : PR. CHELLY HASSAN
EXAMEN(S) REALISE(S) : SCANNER CERVICO-THORACIQUE
A.

TECHNIQUE :

Exploration scanographique réalisée en acquisition volumique multi-barette après injection de contraste.
Reconstructions en coupes axiales et coronales.

RESULTATS :

Au niveau cervical

La loge opératoire est comblée par une structure de densité grasseuse sans processus tissulaire visible et sans prise anormale de produit de contraste.

Absence d'adénopathie cervicale.

Les axes jugulo-carotidiens sont libres.

Au niveau thoracique :

Absence d'anomalie densitométrique parenchymateuse.

Absence d'anomalie pleuro-pariétale.

Absence d'adénopathie médiastinale.

Absence d'anomalie au niveau des axes vasculo-bronchique proximaux.

Conclusion :

Scanner cervico-thoracique ne montre pas d'anomalie d'allure suspecte au niveau de la loge opératoire et pas d'anomalie également d'allure suspecte au niveau thoracique.

Confraternellement
DR BERRADA AZ EL ARAB
INPE : 091032870

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle

N/B : Pour visualiser les images et le compte rendu de ce patient sur votre PC,
utilisez le lien :

<http://105.159.250.200:8088/images>

Login : AK482198

Mot de Passe : AK178456

CENTRE DE RADIOLOGIE
ABOUMADI



مركز الطب الإشعاعي
أبو ماضي

CASABLANCA

DR. AKIKI Mustapha

Spécialiste en Radiologie

Lauréat de la Faculté de
Médecine de Nancy

Ex. Enseignant à la Faculté de

Médecine

DR. BERRADA M. AZ El-Arab

Spécialiste en Radiologie

Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

Dr. BENKIRANE Hakima

Spécialiste en Radiologie

Lauréate de la Faculté de
Médecine de Nancy.

Ex attachée au CHU Ibnou Rochd

SEFFAR NOUANEY RACHID

OMNIPARQE 300MG/ML
FLACON DE 100 ML

Dr. IMAD HANAFI
Médecin Radiologue
27, Rue Ilyia Abou Madi - Quartier Gauthier - Casablanca
Tél: 0522 20 34 57 / 58 61 43 74 28 / 06 69 77 65 14

Dr. IMAD HANAFI
Médecin Radiologue
27, Rue Ilyia Abou Madi - Quartier Gauthier - Casablanca
Tél: 0522 20 34 57 / 58 61 43 74 28 / 06 69 77 65 14

PHARMACIE DERB EL ANCHER
Docteur AHI ABOUTIKA
Rue 28 N° 63 - 65 - 67
Derb El Khayr Ain Chock
Casablanca - Tél: 0522 20 34 23

- IRM Haut champ (1 Tesla)
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie Numérique
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle

27, Rue Ilyia Abou Madi - Quartier Gauthier
Casablanca 20000 MAROC

Tél : 05 22 50 34 57 / 58 / 06 61 43 74 28 / 06 69 77 65 14
Fax : 05 22 47 20 09 - Email : contact@c-radiologie.ma
Patente : 35509523 - I.F : 01086163 - CNSS : 2623884



Nom & prénom : SEFFAR MOHAMED RACHID

FACTURE N° : 22/023629

Date : 29/11/2022

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
SCANNER CERVICO-THORACIQUE	2 500,00
<u>Total Montant</u>	
2 500,00	

Arrêtée la présente Facture à la somme de:
DEUX MILLE CINQ CENT DIRHAMS

REGLEMENT :TPE Le 29/11/2022

Relevé d'identité bancaire
Banque Centrale Populaire
Agence Massira
88, bd massira el khadra Casablanca
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73