

# 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.

M22- 0044984

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0856

Société :

R.A.M

214425

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZIDANI Abdeljalil

Date de naissance :

04-08-1949 à Casablanca

Adresse : Rue 22 Villa 37 groupe N EL OULFA

HAY HASSANI CASABLANCA

Tél. : 0661101385 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZIDANI  
Traumatologie et Chirurgie Réparatrice  
des Membres  
INPE 091037481

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ZIDANI Abdeljalil Age : 73 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

inflam

cas

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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 : 30/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

ZIDANI

### 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
30.12.22	C	6		

### 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
Dr. DAMI Khalid Spécialiste en Radiologie Imagerie Médicale Tél. : 05 22 58 10 10	30.12.22	TDM TEROR	1000,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
DEBUT D'EXECUTION				MONTANTS DES SOINS
FIN D'EXECUTION				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		
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				



ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS  
EL FIDA MERS SULTAN  
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL  
EL FIDA MERS SULTAN  
HOPITAL MOHAMED BAOUAFI  
CASABLANCA

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الإستشفائي لعمالة  
القناة مرس السلطان  
مستشفى محمد بوافي  
الدار البيضاء

30/12/2022

### BON D'EXAMEN

Mr/Mme :

Dr. Dami Khalid

SERVICE :

N° D'ENTREE :

N° D'EXAMEN :

RENSEIGNEMENT CLINIQUE :

EXAMEN DEMANDE

— Thorax + Crâne  
— vertèbre + épaules  
D) Crâne. + Cervical

MEDECIN DEMANDEUR

Dr. Dami Khalid  
Traumatologie Chirurgie Réparatrice  
Chirurgie de la Main

Dr. Dami Khalid  
Spécialiste en Radiologie  
Imagerie Médicale  
Tél. : 05 42 58 16 16

SIGNATURE DU RESPONSABLE

**Dr. DAMI Khalid**  
SPÉIALISTE EN RADIOLOGIE



**الدكتور دامي خالد**  
إختصاصي في الفحص بالأشعة

30/12/2022

Casablanca, le : .....

PATIENT : ZIDANI ABDEL JALIL  
 MEDECIN TRAITANT : DR JAMAL ZIDANI  
 EXAMEN(S) REALISE(S) : TDM CEREBRALE

### Compte Rendu d'Examen

**ATCDS :** Traumatisme

**Technique :**

Coupes axiales sans injection de produit de contraste.

**Résultats :**

Plage d'hypodensité temporale gauche cortico-sous corticale de 25x24 mm mal limitée sans effet de masse.

Absence d'anomalie au niveau du cervelet.

4<sup>ème</sup> ventricule en place.

Citernes de la base libres.

Structures médianes en place.

**Conclusion :**

Lésion temporale gauche cortico-sous corticale de 25x24 mm non spécifique /contusion vu le traumatisme.<sup>?</sup>

Autres ?

Dr. DAMI Khalid  
Spécialiste en Radiologie  
Imagerie Médicale  
05.22.58.10.16  
05.22.58.10.16

Merci de votre confiance.

**SCANNER MULTIBARETTES 32 COUPES - RADIOLOGIE NUMERISÉE - MAMMOGRAPHIE NUMERISÉE  
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR - PANORAMIQUE DENTAIRE - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE  
TELÉRADIOGRAPHIE - IRM SUR RENDEZ-VOUS**

Lotissement Belle vue, Villa 76, Près de Casa Nearshore, Boulevard Al Qods, Sidi Maârouf - Casablanca  
 فيلا 76، تجزئة المستقبل، قرب كازا نيرشور، شارع القدس، سيدى معروف - الدار البيضاء  
 Tél. : 05.22.58.10.16 - Email : khalid.dami@gmail.com

Dr. DAMI Khalid

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد

إختصاصي في الفحص بالأشعة

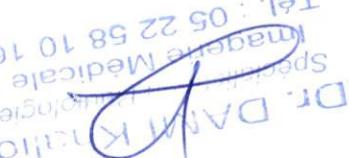
Casablanca, le 30/12/2022

FACTURE N°18656/2022

NOM &amp; PRENOM : ZIDANI ABDEL JALIL

EXAMEN	MONTANT
<b>TDM CEREBRALE</b>	mille (1000 DH)
<b>TOTAL</b>	1000 DH

Arête la présente facture à la somme de mille (1000 DH) DHTTC


 Dr. DAMI KHALID  
 Spécialiste Radiologique  
 Laboratoire Médical  
 Tel: 05 22 58 10 16

## INFORMATIONS

 LOT BELLE VUE N°76 BVD EL QODS SIDI MAAROUF/0522581016/EMAIL/ PATENTE : 36101452  
 INPE : 091036046 / ICE : 002228941000012 / CNSS : 1308103 / RC: 428949 / IF : 34422052