

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-546445

AS7041

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>                           | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b> | <input type="checkbox"/> <b>Optique</b> | <input type="checkbox"/> <b>Autres</b> |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)                                     |  |   |  |
| Matricule : <b>11109</b>  | Société : <b>RAT</b>                     |   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif                         | <input type="checkbox"/> Pensionné(e)    | <input type="checkbox"/> Autre :        |  |
| Nom & Prénom : <b>JABBAR YOUNES</b>                               |  |   |  |
| Date de naissance : <b>09-06-1973</b>                             |  |   |  |
| Adresse :   |  |   |  |
| Tél. <b>066.157.1178</b> Total des frais engagés : <b>800</b> Dhs |  |   |  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |  |
| Cachet du médecin :   |  |  |  |
| Date de consultation :  |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : <b>JABBAR</b>   |  |  |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant                                  |  |  |  |
| 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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **/ /**



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|   | 09/04/23 | etc                          | 500,00 €               |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX                  |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |

## **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 l'ODF.

Docteur LAZRAK Fayssal

Professeur Agrégé

الدكتور لازرق فضل  
أستاذ مبرزاً للأطفال  
**CHIRURGIEN PEDIATRE**

LAZRAK FAYSSAL  
Professeur Agrégé  
CHIRURGIEN PEDIATRE  
Centre Commercial NADIA  
Imm. 4 - 1<sup>er</sup> Etage - Bd. Roudani - Casablanca  
Tél. : 0522 256 970 Fax : 0522 256 985 e-mail : falazrak@gmail.com

01/04/23

TARBAR Jad

Échographie urinaire

Contôle d'une hydronephrose  
lateralale mure depuis la  
naissance sans évolution

(avec mesurements)

Rez



المركز التجاري ناديا - عمارة 4، الطابق الأول، رقم 3 طريق الجديدة - الدار البيضاء

Centre commercial Nadia - Imm 4, 1<sup>er</sup> étage N° 3 - Bd. Roudani (Ex. Route d'El Jadida) - Casablanca

Tél. : 0522 256 970 Fax : 0522 256 985 e-mail : falazrak@gmail.com

# CLINIQUE LA SOURCE

14,Rue Taki Eddine (Ex Berne)  
Quartier des Hopitaux -20000 Casablanca  
Tél. 022 20 14 40/41 - Fax :022 20 13 99

## F A C T U R E

N° : **1673 / 2023** du **01/04/2023**

Nom patient **JABBAR JAD** Entrée **01/04/2023**  
**PAYANT** Sortie **01/04/2023**

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant       |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| ECHOGRAPHIE RENALE          | 1,00   | ECHO       | 500,00        | 500,00        |
| <i>Sous-Total</i>           |        |            |               | 500,00        |
| <b>Total Clinique</b>       |        |            |               | <b>500,00</b> |

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

|                    |              |               |
|--------------------|--------------|---------------|
| CINQ CENTS DIRHAMS | <b>Total</b> | <b>500,00</b> |
|--------------------|--------------|---------------|

CLINIQUE LA SOURCE  
14,Rue Taki Eddine (Ex Berne)  
Quartier des Hopitaux -20000 Casablanca  
Tél. 022 20 14 40/41 - Fax :022 20 13 99



# RADIOLOGIE CLINIQUE LA SOURCE

- SCANNER SPIRALE 16 B : UROSCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, ABDOMINAL, PELVIEN, THORAX, CRANE, OSTEO-ARTICULAIRE, ORL.
- ECHOGRAPHIE AVEC DOPPLER COULEUR, RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE

Casablanca, le

01/04/2023

**Nom prénom: JABBAR JAD**

**Examen demandé par : Dr. LAZARAK**

**Type d'examen : ECHOGRAPHIE RENALE**

**Résultats :**

Les reins sont en place.

Ils mesurent 8.8 cm à droite et 8.4 cm à gauche.

Les contours sont réguliers.

A droite comme à gauche, les bassinets sont bien individualisables mesurant 7.4 mm et 6.4 mm de diamètre antéropostérieur, respectivement à droite et à gauche.

Pas de dilatation des cavités calicielles.

Pas de collection rénale ou périrénale.

Vessie peu pleine de contenu transonore et de paroi régulière.

Pas de dilatation notable des uretères retro-vésicaux.

**Conclusion :**

Visibilité des deux bassinets avec un diamètre antéropostérieur ne dépassant pas 7.4 mm.

Pas de dilatation calicielle.

Dr A. SOUHAYL  
Radiologue  
Clinique la Source  
4, Rue Taki-Eddine Qu. Des Hôpitaux  
Tél. 05 22 20 14 40