

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- 0007386

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6993 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOUHAÏL LANEEN

Date de naissance : 13/10/1958

Adresse : WAFAJI M 2 AL WIAM HS 9

.....OU CLA - CAFRA GRAN COA

Tél. : 06.68.9.8.27.71 Total des frais engagés : 3.000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/04/2023

Nom et prénom du malade : SOUHAÏL LANEEN Age : 65

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALD R.F.T.A.L

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 : CAFRA GRAN COA Le : 20/04/2023

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
30/04/2023		()	PI BENCHAMAR Signature : 28/04/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11-04-23	IRN per	3000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-34), and lower right (35-46). The arch is centered on a vertical axis labeled 'H' at the top. A horizontal line labeled 'D' extends to the left, and a horizontal line labeled 'G' extends to the right. A vertical line labeled 'B' extends downwards from the center.

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
P	

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE MOHAMMED VI POUR LE TRAITEMENT DES CANCERS

CHU IBN ROCHD - CASABLANCA

11/04/23
à 8h30

3/04/2023

269706

Sorehael Ichree

Age 64 ans

ADM Recueill.

Non Rejet

Pr. Chehata

loc

9149

DRD pelvis

Pr. BENCHAOUR Nadia
Onco Radiosapeute
TNP : (+212) 225427

Chef de service
S. SAHRAOUI

Professeurs

A. BENIDER
N. TAWFIQ
H. JOUHADI
N. BENCHAKROUN
Z. BOUCHBIKA

Professeurs Assistants

M. BOUGHAFOUR
T. CHEKRINE

Médecins spécialistes

H. BOUREZGUI
Z. BOURHALEB
M. HOUJAMI
N. MOATAZ BILLAH
A. ERRACHDI
I. AARIBI
S. GHANEM

Surveillante générale
T. GARNIERMajor du service
S. ABDELLAOUI

Physiciens

M. NAJEH
Y. BENAMEUR
A. MARZAK
A. ENNAKRI
M. TANTAOUI
L. ZOUAKI
W. EL ATIFI
R. AIT ELHAD
H. MOUAQIT
F.Z CHEHAB

Secrétariat chef de service

S. MACHKAK
A. OUBOUTRAST

Secrétariat de consultation

F. MOUNJID
M. NASREDDINE

Secrétariat d'hospitalisation

B. JEMMI

CHU Ibn Rochd - Casablanca
Service Central de Radiologie - Aile 10

Casablanca, Le 12/04/2023

Chef du service
Pr. F. ESSODEGUI

Professeur de
l'Enseignement
Supérieur
Pr. S. LEZAR

Médecin attachée
Dr. S. EL MANJRA

Pr Assistante
Dr. M. SABIRI

Pr Assistante
Dr. G. LEMBARKI

Pr Assistant
M. LABIED

Accueil
Poste 233

Secrétariat
Poste 232

Mr SOUHAIL LAHCEN

IRM PELVIENNE

INDICATION : 63 ans, suivis pour ADK rectal (1^{er} bilan).

TECHNIQUE :

- Séquences T2 dans les 3 plans.
- Séquences axiales T1 DIXON, diffusion.
- Séquences axiales T2 ganglionnaires.
- Séquences T1 dans les trois plans après injection de gadolinium.

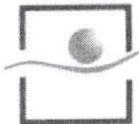
RESULTATS :

- Epaississement pariétal du moyen et haut rectum, étendu sur une circonférence de 75%, sur un rayon horaire de 12h à 9h, en isosignal T1, en discret hypersignal T2, hypersignal diffusion avec ADC bas, se rehaussant de façon hétérogène après injection de Gadolinium.
- Il mesure 17mm d'épaisseur maximale et s'étend sur une hauteur de 38 mm.
- Le pôle inférieur de cet épaississement siège à 8.8 cm de la marge anale.
- Ce processus infiltre la graisse péri rectale sur un rayon horaire de 4h à 6h et reste à 12 mm du fascia recti avec extension extra musculaire de 7mm.
- Présence de quelques nodules du mésorectum (au nombre de 4), dont le plus volumineux mesure 7 mm de grand axe et dont le plus proche du fascia recti est à 2mm de celui-ci, sur un rayon horaire de 9h.
- Intégrité de l'appareil sphinctérien.
- Absence d'adénopathie abdominale ou pelvienne de taille significative.
- Vessie semi pleine, à contenu homogène.
- Prostate discrètement augmentée de volume (31 ml), sans anomalie morphologique.
- Vésicules séminales sans particularité.
- Absence d'épanchement pelvien.
- Absence de lésion osseuse décelable.
- Lame d'hydrocèle bilatérale.

CONCLUSION :

Aspect IRM en faveur d'un processus du haut et moyen rectum, pouvant être classé mrT3cN2aMx.

Pr Ass Labied
Dr Kardi- Dr Benamara



FACTURE N° E 55655 / 2023

Facturé à LAHCEN SOUHAIL

Hospitalisation

Hôpital de jour

Consultation

CASABLANCA

N°d'admission	Service	Date de Naiss.	Date entrée	Mode de règlement	N° P.E.Charge	Organisme tiers payant
55655	RADIOLOGIE CENTR	0 an(s)	11/04/2023	PAYANT		

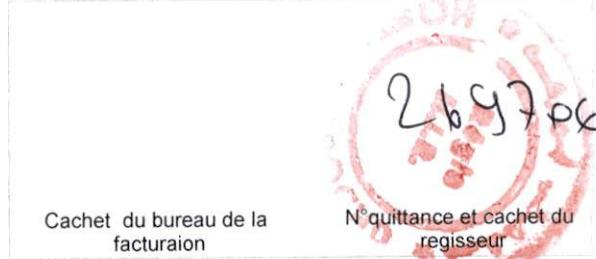
Clinique

Prestations	Prix unitaire	I_cle	coef	qte	Montant
IRM	3000			1	3000,00

Total Facture	3000,00
Taux pris en charge	0 %
NET à payer (1)	3000,00
NET à payer (2)	3000,00



Arrêtée la présente facture le
au montant de : trois mille Dirhams



(1) : patient
(2): organisme tiers payant



**Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca**

Quittance
Hôpital Ibn Rochd

Formation: La Reine du lac

Reçu de M : 10.10

La somme de :

Nº 269706

Le : 11.11.2013

Signature du
Régisseur et Cachet

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
ERA PER	192
Total	3000