

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

- Reclamation : 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

M23-005786

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01766 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEFFAR Ned 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 :

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 : Le : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DERB EL KHEIR</p> <p>Dr. Adel ABOUTIKA</p> <p>Rue 23 N° 03-65-67</p> <p>Derb El Kheir Ain Chock</p> <p>Capitaine Fournissou</p> <p>2001 21 22</p>	19/12/24	3 22 14

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>LABORATOIRE D'ANALYSES</p> <p>Medicall</p> <p>Analysologie & Imagerie Médicale</p> <p>002820012000030</p>	19/12/24	scanners - curio - 2500, on	Thalassique

AUXILIAIRES MEDICAUX

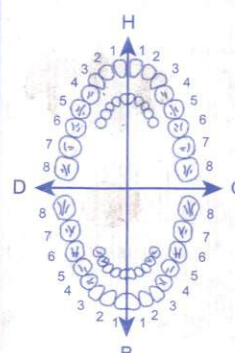
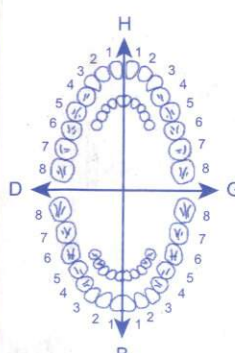
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>36533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		36533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
36533411	11433553																								
B																									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DÉCOMPTÉ DE VERSEMENT



010 2020-03779 MD
Mr. SEFFAR Mohammed
né le 27/04/1953

MODE DE PAIEMENT

☐ Numéraire

☒ Chèque

Montant : 100 €

Partie versante :

☐ Acompte s/ hospitalisation

☒ Soins externes

Date des soins : 08/02/24

CS :

Actes : Consultation

Total : 100 €

Cadre réservé à la Trésorerie

PAYÉ

08 FEB. 2024

GUSTAVE ROUSSY
94805 VILLEJUIF

Réf. Paiement :

Visa Trésorerie

IBN NAFIS

Radiologie & Imagerie Médicale



ابن النفيس

التصوير الطبي والاشعاعي

Casablanca le :

19/2/24

Nom et prénom :

SEFFAR mohammed Rachid

ORDONNANCE

OMNIPAQUE (300 mg/100ml)

3 flacons

(quantité = 1 flacon)

IBN NAFIS
التصوير الطبي والاشعاعي
Radiologie & Imagerie Médicale
002620012000030

Dr Soukaina BELAAROUSSI
Médecin Radiologue
Radiologie Ibn Nafis
532, Bd Panoramique - Casablanca



Signature :

PHARMACIE DERB EL KHEIR
Docteur Adil ABOUTIKA
Rue 23 N° 63 - 65 - 67
Derb El Khair Ain Chock
Casablanca - Tél : 05 22 21 34 22

BULLETIN DE PRESENCE

NOM

Prénom

n° dossier IGR

Adresse :



010 2020-03779 MD

Mr. SEFFAR Mohammed

né le 27/04/1953

Le patient a été vu ce jour en consultation

Villejuif, le

08/02/2024

Docteur Jean-Jacques BRAU

Chef d'odontologie

GUSTAVE ROUSSY

114 rue Edouard Vaillant

94805 Villejuif Cedex

01 42 11 46 26

N° RPPS 10100780955

Etb n°94 0160013 code 11



2020-03779 MD

Dossier

Comité 010

Date de naissance 27/04/1953

Situation administrative

DNO TM

Nom

Mr. SEFFAR Mohammed

Adresse

55 RUE DES ENTREPRENEURS
75015 PARIS
FRANCE

Venue du

Jeudi 08/02/2024

Heures	Lieu du rendez-vous	Acte	Demandeur
12:15	Plc espace : 6 607	Consultation Dr TEMAM	(C ORL STM) ORL STM

[Signature]



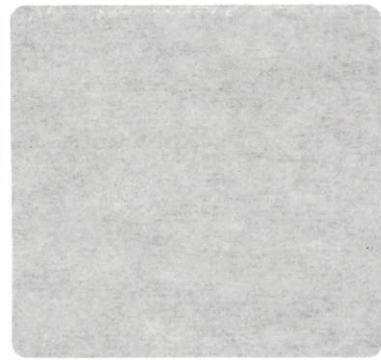
010 2020-03779 MD
Mr. SEFFAR Mohammed
né le 27/04/1953

Prochain Rendez-Vous à prévoir

Demandeur	Acte	Délai (ou date)	Commentaires
-----------	------	-----------------	--------------

[Signature]

[Signature]





Casablanca, le 19-02-2024

PATIENT : SEFFAR MOHAMMED RACHID**MEDECIN TRAITANT** : DR TEMAN STEPHANE**TDM CERVICO-THORACIQUE****INDICATIONS** : suivi pour néoplasie de la langue traitée par chirurgie+RTH.**TECHNIQUES** : Acquisition hélicoïdale avant et après injection de PDC avec reconstructions axiale et MPR.**RESULTATS** :➤ **A l'étage cervical :**

- Absence de syndrome de masse ou de prise de contraste anormale au niveau de la langue.
- Lumière oropharyngée libre.
- Respect des reliefs muqueux du nasopharynx.
- Intégrité du larynx.
- Glandes thyroïde, parotides et submandibulaires sans anomalies.
- Absence d'adénopathies cervicales de taille significative.
- Pincement discal C4-C5.
- Saillie disco-ostéophytique à l'étage C6-C7.

➤ **A l'étage thoracique :**

- Absence de nodule ou de micronodule suspect décelable.
- Bulle d'emphysème du lobe inférieur gauche.
- Absence d'adénopathies médiastinales ou hilaires de taille significative.
- Absence d'épanchement pleuro-péricardique.
- Absence de lésion osseuse focale suspecte.

CONCLUSION :

- Absence de syndrome de masse au niveau de la cavité oropharyngée.
- Absence d'adénopathies cervicales de taille significative.
- Pincement discal C4-C5.
- Absence de lésion significative au niveau pulmonaire.

Dr Soukane Salem

Médecin Radiologue
Radiologie Ibn Nafis

532, Bd Panoramique - Casablanca

Merci de votre confiance**Dr BELAAROUSSI**

Pour consulter l'examen ; scannez code QR



IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Dr. TEMAM Stéphane

10001411346

INSTITUT GUSTAVE-ROUSSY

CONSULTATIONS EXTERNES

CONVENTIONNE

114 RUE EDOUARD VAILLANT

94805 VILLEJUIF

94 0 16001 3

[10] [11] [06] [01]

TAR CONV ZISD ZIK

Identification du patient

SEFFAR Mohammed Rachid

27/04/1953

010 2020-03779 MD

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

Villejuif, le 8 février 2024

Faire pratiquer un scanner ORL et CERVICO THORACIQUE avec injection

Avec coupes fines sur la zone d'intérêt..... OROPHARYNX

des images en fenêtres osseuses et tissulaires

et reconstruction 3 axes (axial, coronale et sagittal) en tenant compte des possibles artéfacts dentaires

et épreuve de phonation OUI

NON

et épreuve de valsalva OUI

NON

Merci de transmettre **TOUTES les images** (avec les reconstructions) en format DICOM sur CD-ROM

Renseignements médicaux complémentaires disponibles au 01 42 11 4357

Examen à réaliser dans :

2 mois

Dr. TEMAM Stéphane

PRESCRIPTION SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)



swallowage après chirurgie
et radiothérapie caroncine
bon de l'ensemble vite.



FACTURE N°:	Note d'honoraire
DATE FACTURE	19/02/2024
DATE EXAMEN	19/02/2024

SEFFAR MOHAMMED RACHID

Désignation	Montant
SCANNER CERVICO THORACIQUE	2 500,00
<u>TOTAL</u>	2 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de DEUX MILLE CINQ CENTS DHS



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.

يحتفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدى
30°م، يحتفظ بعيداً عن الضوء وبعيداً عن
الأشعة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3
أشهر في مكان درجة حرارته 37°م.
لا يترك على مرمى 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 الإستعمال
Lot n°/
الحصة

03-2026
16476429

1198590 MAR

OMNIPAQUE 300 mg I/ml
IOHEXOL

أومنيباك 300 ملغ يود/مل
إيوهكسول



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

