

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **00919**

Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **DARDA RI Ahmed**

**22/11/1951**

Date de naissance : **22/11/1951**

Adresse : **Hay Attadhamoun Rue 5 n°3 oufia Casab**

Tél. : **0962854996**

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **11/03/2024**

Nom et prénom du malade : **Mr DARDA RI AHMED**

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : ..... Nature de la maladie : **Cancer**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :





Le : / /

## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/03/24        |                   |                       | 250,00                          | 250,00   |
| 03/24           |                   |                       |                                 |  |
| 11/03/24        |                   |                       |                                 |  |
| 11/03/24        |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| 11/03/24                               | 11/03/24 | 405130 DH             |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| 11/03/24  | 11/03/24 | Voir détail Facture          | 400,00                 |

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

| SOINS DENTAIRES         | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-------------------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
|                         |                |                  |             |                         |
| DEBUT D'EXECUTION       |                |                  |             |                         |
| FIN D'EXECUTION         |                |                  |             |                         |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX |                |                  |             |                         |
| MONTANTS DES SOINS      |                |                  |             |                         |
| DATE DU DEVIS           |                |                  |             |                         |
| DATE DE L'EXECUTION     |                |                  |             |                         |

|          |          |
|----------|----------|
| H        | 21433552 |
| D        | 00000000 |
| B        | 00000000 |
| G        | 11433553 |
| 35533411 | 00000000 |

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •  
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE  
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS  
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

le 11/10/2011

M. DARDAAI AHMED  
 102.00  
 109.70  
 109.70  
 109.70  
 Contiflo cp S  
 1 cp / j / 3 m



PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Sidi Guerragh II  
Docteur en Pharmacie  
Résidence Annaim - Oulfa  
22 89 43 09 - Casablanca

Professeur Redouan SAMI ALI  
Clinique Spécialisée Le Littoral  
RADIO-ONCOLOGUE





090003906

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC • RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE •  
 CURIERTHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE • GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE •  
 CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS • REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR •  
 SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Date : 11/03/2024

## Ordonnance de Radiologie

Nom et Prénom : **DARDARI AHMED**

N° Dossier : C4C112518

N°Identifiant : 1402231/14

Date de naissance : 22/11/1951

Organisme : MUPRAS

### Renseignements Cliniques et Observation :

patient traité en surveillance  
actuellement douleur hypochondre gauche

### Autres renseignements :

Allergie au PC  Urée :  Créatinine :

Myélome :  Grossesse :  Terrain atopique :  Traitement biguanide :

Diabète :  Traitement bétabloquant :  Contraception :

### But de l'examen :

Bilan initial :  Surveillance simple :  Evaluation :

### Radios demandés:

| Acte de Radiologie     | Observation |
|------------------------|-------------|
| Echographie Abdominale |             |

Médecin :

PR. SAMLALI REDOUAN

**Dr. MRANZENTAR Alae**  
 Radiologue Spécialiste en Radiologie  
 Interventionnelle Cancérologique et Vasculaire  
 Clinique d'Oncologie le Littoral  
 091193730

**Professeur Redouan SAMLALI**  
 Clinique Spécialisée Le Littoral  
 RADIO-ONCOLOGUE  
 S1

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC • RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE •  
 CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE • GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE •  
 CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS • REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR •  
 SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Casablanca Le : 11/03/2024

**Facture N° 4530/24**

Etablie par WIJDANE RADIOLOGIE Page 1/1

**Identification**

N° Dossier : X4C115319

N° Identifiant : 1402231/14

**Nom & Prénom : DARDARI AHMED**

C.I.N. : B 20196

Date Entrée : 11/03/2024

Date Sortie : 11/03/2024

Adresse :

Traitemennt : Bilan radiologique

Médecin : SAMLALI REDOUAN

**Prestations**

| Nombre | Prix U. | L.C. | Coef | Montant |
|--------|---------|------|------|---------|
|--------|---------|------|------|---------|

**IMAGERIE MEDICALE**

|                        |   |        |  |  |        |
|------------------------|---|--------|--|--|--------|
| Echographie abdominale | 1 | 400,00 |  |  | 400,00 |
| Total Rubrique :       |   |        |  |  | 400,00 |

**PARTIE CLINIQUE :**

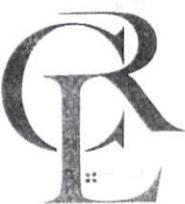
|                      |               |
|----------------------|---------------|
| <b>TOTAL FACTURE</b> | <b>400,00</b> |
|----------------------|---------------|

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Quatre cents Dirhams

Cachet et signature

Clinique d'Oncologie Le Littoral  
 Salaj 3, Bd. La Grande Ceinture Ain Diab  
 Casa - Anfa - Tel : 0520 88 88 90 / 91 / 92  
 Fax : 0522 64 81 52 / 05 22 79 75 94  
 C50



090003906

: Alaa MRANI ZENTAR  
Spécialiste en Imagerie Médicale  
Radiologie Interventionnelle  
Cancerologique et Vasculaire  
Bacréat de l'université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines

: Touda KEBBOU  
Spécialiste en Imagerie Médicale  
Bacréate de la Faculté de Médecine  
de Pharmacie de Casablanca

Casablanca, le 11/03/2024

**Nom** : Mr DARDARI  
**Prénom** : AHMED  
**Médecin traitant** : PR SAMALALI REDOUANE  
**S**

### ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

#### Résultat :

L'exploration abdominale est gênée par le météorisme abdominal diffus. Toutefois on note :

Le foie de taille normale, de contours réguliers, d'échostructure homogène sans lésion focale décelable.

Absence de dilatation des VBIH et VBEH.

La vésicule biliaire est alithiasique. Sa paroi est fine et régulière.

Le TP est de calibre normal, paraissant perméable.

L'exploration du pancréas et la recherche d'adénopathies sont masquées par les gaz digestifs.

Rate homogène, de contours réguliers.

Les reins sont en situation lombaire, de taille normale, bien différenciés, sans dilatation des voies excrétrices.

Absence d'épanchement péritonéal.

#### Conclusion:

**Absence d'anomalie abdominale décelable dans les limites de cet examen, en dehors d'un météorisme diffus.**

**Dr Kebbou/ Dr Mrani ALae**

**INPE : 091193730**

Pour consulter l'examen ; scannez code QR



**Dr. MRANI ZENTAR Alaa**  
Radiologue Spécialiste en Radiologie  
Interventionnelle Cancerologique et Vasculaire  
Clinique d'Oncologie le Littoral

091193730

**RM 1,5T**

**Scanner Multibarrettes**

**Radiologie Conventionnelle**

**Mammographie**

**Tomosynthèse**

**Échographie Doppler**

**Radiologie Interventionnelle**

**Diagnostic et Thérapeutique**

Salaj 3, Bd la Grande Ceinture Ain Diab 20180 Casablanca, Maroc - Pour accéder : Tram 1 direction Ain Diab.  
Station Le Littoral ☎ 05 20 66 68 89 ☎ 05 22 79 75 94 ☎ 05 22 79 86 96 ☎ Radiologielelittoral@gmail.com