

# 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

- 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° W21-700809

205662

Maladie

Dentaire

Optique

A

→ Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6409

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUKADIT

Date de naissance : 1965

Adresse : Ifalhuelle

Tél. : 0673902310

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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'adhérent et à la mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à

Benedic

Le : 26/13/24

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-700809

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Alia Med V. Cité Al Waha mm. Locaux N°4 et 5 . Berahd 05 22 32 48 38	20/02/2014	98,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 INPE 00300563 Dr Al. Radiologue & Professeur de Radiologie Tel: 00212/01522 03 05 00	21/02/2014	Tom ABDOMINAL	14.000,00 Dhs

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

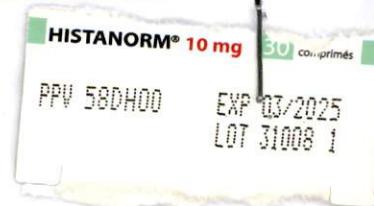
IRM 1.5 Tesla - Scanner Multibarette - Radiologie Conventionnelle - Echographie - Echodoppler  
Mammographie - Panoramique Dentaire - Ostéodensitométrie - Opacifications  
Premedication:

58,00

HISTANORM

15/02/24

(SV)

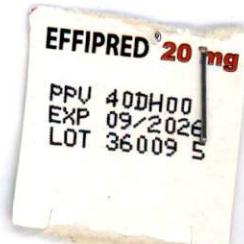


40,00

1 cp le matin 2 heures avant l'examen

EFFIPRED 20 mg

(SV)



3 cp le matin 2 heures avant l'examen

DIPOMEDROL 80 mg / SOLIMEDROL 120 mg injectable

✓ 58,00



مركز الفحص بالأشعة

Centre de Radiologie

IRM 1.5 Tesla - Scanner Multibarette - Radiologie Conventionnelle - Echographie - Echodoppler  
Mammographie - Panoramique Dentaire - Ostéodensitométrie - Opacifications

Berrechid, le 21/02/2024

**FACTURE N°961/2024**

**NOM & PRENOM: BEN OMAR RABHA**

EXAMEN	MONTANT
TDM ABDOMINAL	1400 DH
TOTAL	1400 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :MILLE QUATRE CENTS DH TTC

CENTRE DE RADILOGIE LA RÉSISTANCE  
INPE 060065653  
Adresse: LOT AL YOUSSEF II RDC. MAG N°18 ET N°19 BERRECHID  
Tél: 00212 (0)522 03 05 06

Lot AL YOUSSEF II Rez de chaussée Magazins N° 18 et N° 19 Avenue la  
Résistance, Berrchid [www.cirr.ma](http://www.cirr.ma) Tél : 05 22 02 03 05  
E-mail: [radiologielaresistance@gmail.com](mailto:radiologielaresistance@gmail.com)

Dr. KABIR EL MEHDI

د. كبير المهدى

Médecin Radiologue

أخصائي في الفحص بالأشعة

أخصائي في الفحص بالأشعة

أخصائي في الفحص بالأشعة



مركز الفحص بالأشعة

المقاومة

Centre de Radiologie la Résistance

مركز الفحص بالأشعة  
المقاومة

Dr. ARBOUNI HIND

د. عربوني هند

Médecin Radiologue

أخصائية في الفحص بالأشعة

أخصائية في الفحص بالأشعة

IRM 1.5 Tesla - Scanner Multibarette - Radiologie Conventionnelle - Echographie - Echodoppler  
Mammographie - Panoramique Dentaire - Ostéodensitométrie - Opacifications

Berrechid , le 21/02/2024

PATIENT : BEN OMAR RABHA

MEDECIN TRAITANT : DR. HASSINI ZINEB

EXAMEN(S) REALISE(S) : TDM ABDOMINAL

**Technique :**

Examen scanographique réalisé en acquisition volumique de 5mm reconstruite en 2.5mm avant et après injection de produit de contraste.  
Ingestion hydrique à la table d'examen.  
Complément échographique.

**Résultat :**

- Absence d'épaississement digestif évident au niveau de la paroi gastrique.
- Le foie est de volume normal, de densité homogène et de contours réguliers.
- Absence d'anomalie des voies biliaires intra ou extra hépatiques.
- La rate et le pancréas sont d'aspect tomodensitométrique normal.
- Les reins sont d'aspect morphologique et fonctionnel normal.
- Les surrénales sont d'aspect normal.
- Absence d'adénopathie profonde.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Absence de masse digestive.
- Au complément échographique : La vésicule biliaire est pleine, à contenu transsonore alithiasique à paroi fine.
- Absence d'anomalie notable au niveau des coupes thoraciques basses.

**Conclusion :**

- TDM abdominale ne révélant pas d'anomalie.

Confraternellement.

Signé : Dr KABIR EL MEHDI

N/B : Pour visualiser les images en scannant le QR ci joint,



CENTRE DE RADILOGIE LA RÉSISTANCE  
Docteur KABIR EL Mehdi  
Médecin Radiologue  
INPE : 061321212

CENTRE DE RADILOGIE LA RÉSISTANCE  
INPE 060065653  
Adresse : LOT AL YOUSSEF II RDC. MAG N 18 ET N 19 BERRECHID  
Tél: 00212(0)522 03 05 06