

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.

N° W21-728811

138717

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 12931 Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MEZZOUGUI RHTTA			
Date de naissance : 07/09/1984			
Adresse :			
Tél. : 06 63 54 57 62 Total des frais engagés : 700,02 Dhs			

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 26/08/2020			
Nom et prénom du malade : Rhtta MEZZOUGUI			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : diabète chronique, adhérente			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : DOCTEUR RABIA BEN YOUSSEF, Spécialiste des Maladies du Foie, Tumeurs et du Pancréas - Praticien, 500, Bd Hassan II, Casablanca, Tél : 05 22 20 45 45 (LG), Fax : 05 22 22 78 18, e-mail : doctor.rabia.ben.youssef@orange.ma, e-mail : doctor.rabia.ben.youssef@orange.ma			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/10/2022

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
26/08/2022	Consultation	300		INP : 091001343
	Examen physique et fonctionnel	400		
		200	200	DOCTEUR RABIA BEN Lamine

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B			D	00000000	00000000	35533411 11433553			B			
	H	25533412	21433552																			
	D	00000000	00000000																			
	B																					
	D	00000000	00000000																			
	35533411 11433553																					
	B																					
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																						
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																						
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

DOCTEUR RABIA BENCHEQROUN

Spécialiste des Maladies du Foie,
Tube Digestif et Pancréas



الدكتورة ربيعة بن شقران

الخصائص في أمراض الكبد، الجهاز الهضمي والبنكرياس

Mme MEZZOUGUI RHITA

Casablanca, le 26/08/2022

COMPTE RENDU D'ECOGRAPHIE

ABDOMINALE

CLINIQUE :

patiente âgée de 38 ans; diarrhée chronique + douleurs abdominales + ballonnements

EXAMEN Examen réalisé avec l'échographe ARIETTA 50 de Fuji Film Hitachi, par sonde abdominale convexe de basse fréquence (2-5 MHz).

FOIE : taille normale, contours réguliers. échostructure hyperéchogène avec absorption des faisceaux en profondeur compatible avec une stéatose diffuse homogène

TRONC PORTE et ses branches : calibre normal : perméables et de sens physiologique.

VOIE BILIAIRE PRINCIPALE ET VOIES BILIAIRES EXTRAHERATIQUES

VEINES HÉPATIQUES PRINCIPALES ET VOIES BILIAIRES EXTRAHEPATIQUES : non dilatées.

VESICULE BILIAIRE : volume normal, bien remplie, à contenu transonique, à paroi fine, ne contenant pas de calcul(s).

RATE : taille normale (13 cm de grand axe), les 2 faces sont d 'aspect normal (face diaphragmatique costale arrondie et face interne concave à bord crénelé), échostructure homogène, contours réguliers

PANCREAS : bien exploré, taille normale, échostructure homogène, contours réguliers ; canal de Wirsung et cholédoque non dilatés.

REINS DROIT et GAUCHE : situés dans les fosses lombaires, taille normale, échostructure homogène, contours réguliers; absence de dilatation pyélo-calicielle; bonne différenciation cortico-médullaire; pas de calcu(s) visible(s)

ABSENCE d'ADP profondes

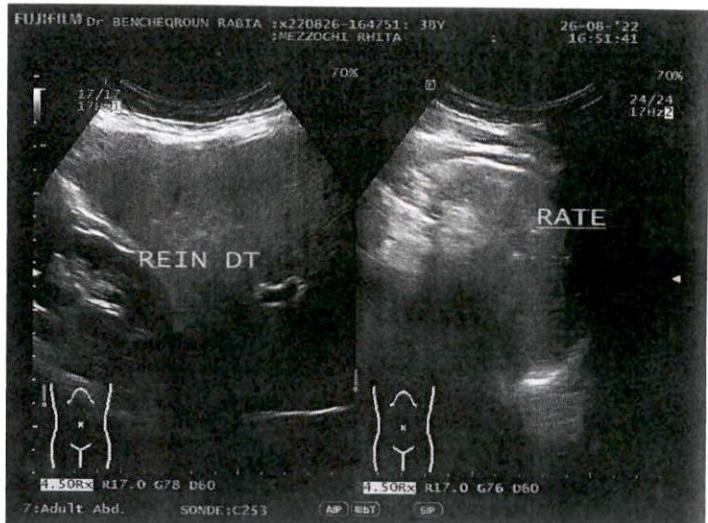
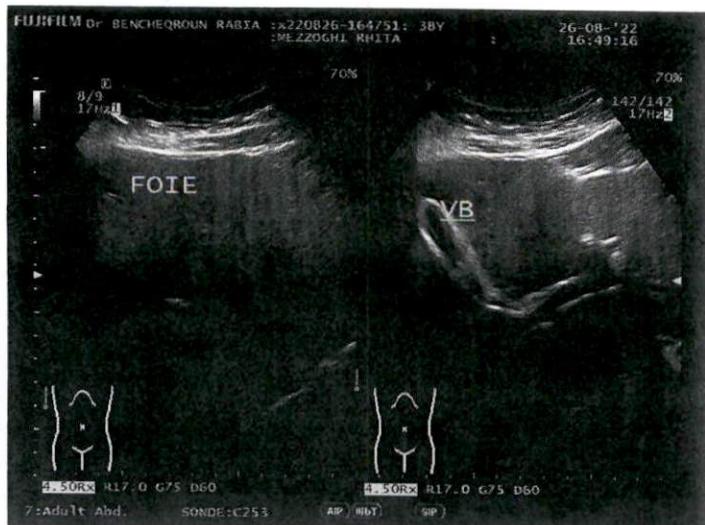
ABSENCE d'épanchement intra-péritonéal

Aérocolie +

CONCLUSION :

Stéatose hépatique diffuse.

Aérocolie



DOCTEUR RABIA BENCHEROUN

Spécialiste des Maladies du Foie,
Tube Digestif et Pancréas

الدكتورة ربيعة بنشرعون

اخصائية في أمراض الكبد،
الجهاز الهضمي والبنكرياس

Casablanca, le

26/08/2022

Note d'honoraires

Mlle MEZZOUGUI RHITA
 BD DAY OLD SIDI BABA N 33
 Casablanca Maroc

Désignation	Montant
Consultation	300,00
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	400,00
TOTAL	700,00

Arrêtée la présente honoraire à la somme de : Somme arrêtée à : sept cents dirhams

Mode de règlement	Espèces
-------------------	---------

Signature :

Dr. RABIA BENCHEROUN
 Specialiste des Maladies du Foie,
 Tube Digestif et Pancréas - Proctologie
 554 Bd. Goulimima, Etage. N°1 - Bourgogne - Casablanca
 bencheroungastro@gmail.com - 0522430363 / 0664292293