

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACQUERIR 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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22-

98587

145191

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3265 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Noufissa MEKOUAR Veuve Farid ACHOUR
Date de naissance : 20/02/1952
Adresse : Résidence Doha OULFA - Ilt4 - maison 18
Kassabat el Kheir - HARHOURA
Tél. : 0661327412 Total des frais engagés : 1100-DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 30 / 01 / 2023
Nom et prénom du malade : MEKOUAR NOUFISSA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Drante
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) :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakin 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
30-01-2023		6	3000 DH	
03-FEV. 2023	Caboulage Cesme		8000 DH	

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

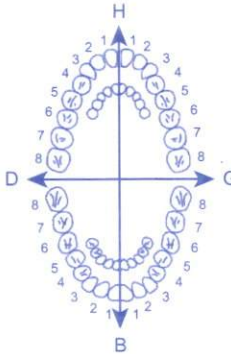
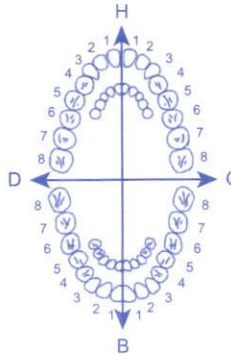
[illegible][illegible][illegible]

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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.

[illegible]

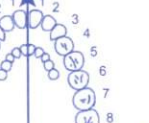
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11439553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	D 00000000 35533411	G 00000000 11439553	
	B		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rajaâ AFIFI

**Spécialiste des maladies du Tube Digestif,
du Foie, du Pancréas et de Proctologie**

Ex Professeur à la Faculté de Médecine de Rabat



الدكتورة رجاء عفيفي

**أستاذة مختصة في أمراض الجهاز الهضمي
المعدة - الأمعاء - الكبد**

أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة

Rabat, le

03 Feb. 2023

NOTE D'HONORAIRES

Mme Mekouar Noufissa

Coloscopie courte

800,00 Dh soit huit cents dirhams

Dr. Rajaâ AFIFI
Professeur
Hépatogastro-Entérologue
Imm. 24 Appt. 5ème étage - Av. Omar Ibn Khattab
Agdal - Rabat - Tél. 05 37 77 04 04
INPE : 101100064

Dr. Rajaa AFIFI

Spécialiste des maladies du Tube Digestif,
du Foie, du Pancréas et de Proctologie

Ex Professeur à la Faculté de Médecine de Rabat

Imm.24, Appart.9 Avenue Omar Ibn Khattab
Agdal, RABAT
05 37 77 04 04 / afifirajaa@yahoo.fr



03 FEB. 2023

COLONOSCOPIE COURTE

Mme Mekouar Noufissa

AGE : 70 ans

Renseignements cliniques :

Colectomie totale pour ADK

Préparation colique:

Moyenne

Compte Rendu :

- Inspection :
Anite congestive

- Toucher Rectal :
Absence de masse , doigtier propre , pas de sang

- Colonoscopie :
Ascension jusqu'à 25 cm de la marge anale ,
Anastomose iléorectale perméable , avec à son niveau persistance de l'ulcération ,superficillelle linéaire ,
de quelques mm
Le versant rectal et iléal : sans particularité
Au delà, mal préparée

Conclusion :

Ulcération de l'anastomose iléorectale

 Dr. Rajaa AFIFI
Professeur
Hépatogastro-Entérologue
Imm.24 Appart.9 Avenue Omar Ibn Khattab
Agdal - Rabat Tél: 05 37 77 04 04
MPF : 101102044