

## 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 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.

### 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 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-639128

155140

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 03587

Matricule : 03587 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SENHAJI Farid

Date de naissance : 24/03/1957

Adresse : N°2, Résidence Sofa. Bd. Abdelhadi Boutaleb CASABLANCA

Tél. : 0662786970 Total des frais engagés : 2.800,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

PROFESSEUR R. ISMAIL  
GASTROENTEROLOGUE-CASA  
ICE: 001714242000083  
INPE : 091079137

Date de consultation : 21/03/2023

Nom et prénom du malade : Senhaji Farid Age : 68

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection digestive


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 : CASA Le : 28/03/2023

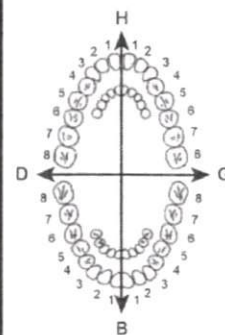
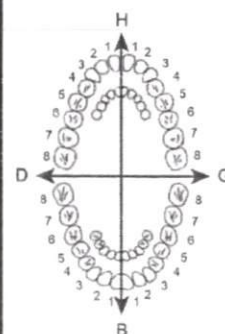
Signature de l'adhérent(e) :

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
01/01/2023	Examen	1	300,00	
01/01/2023	Examen	1	300,00	
01/01/2023	Examen	1	300,00	

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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaires, 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"/>  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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	{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															

## ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

21/03/2023

**Mr SENHAJI Farid**

### **Clinique**

Hépatite C.

### **Examen**

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers.  
Veine porte de calibre normal. Veines sushépatiques libres.

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.  
Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.  
Pancréas de taille et d'échostructure normales.

Rate homogène, de volume normal.

Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinuale,.

### **Conclusion**

Echographie abdominale normale.

**PROFESSEUR R. ISMAIL**  
GASTROENTEROLOGUE-CASA  
ICE:00170112000083  
INPE: 001679137



**Pr R.ISMAIL**

**Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif**

**112, Bd Anfa – Casablanca**

**Tél : 0522 47 27 36**

**21/03/2023**

**Mr SENHAJI Farid**

**Mesure de l'Elasticité Hépatique (Elastométrie) par Fibroscan\***

**Indication : HVC**

**Procédure**

Plus de 10 mesures sont effectuées.

10 mesures sont valides.

Les résultats sont exprimés en Kpa.

**Résultat : 6.8 Kpa**

**Interprétation : F0-F1**

**PROFESSEUR R. ISMAIL**  
GASTRO-ENTÉROLOGUE-CASA  
ICM/CN : 7140420000083  
Tél : 091079137

**Pr R.ISMAIL**

**Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif**

**112, Bd Anfa – Casablanca**

**ICE : 001714242000083**

**INPE : 091079137**

**Casa le 21/03/2023**

**Mr SENHAJI Farid**

**NOTE D'HONORAIRES**

**Nature de l'acte**

Consultation : 300 Dh

Echographie : 500 Dh

Elastométrie hépatique : 2000 Dh

**PROFESSEUR R. ISMAIL**  
**GASTRO-ENTÉROLOGUE**  
**ICE: 001714242000083**  
**INPE: 091079137**



## FibroScan 402

Nom : **SENHAJI**  
Prénom : **FARID**  
Sexe : **Masculin**  
Né(e) le :  
Code :  
Indication : **HVC**

### Examen Fibroscan 21/03/2023 09:36:30

Type d'examen : **Medium**  
Opérateur : **ISMAIL**  
Médecin référent :

Elasticité Médiane : **6,8 Kpa**  
IQR : **0,3 Kpa**  
IQR/méd. : **4 %**  
Mesures valides : **10**  
Taux de réussite : **83 %**

**La sonde doit être calibrée**

#### Mentions légales

*FibroScan® est un dispositif médical d'aide au diagnostic. L'examen doit être réalisé par un opérateur certifié. Le résultat doit être interprété par un médecin spécialiste du foie en fonction du contexte clinique de la maladie et en tenant compte du nombre de mesures valides, de leur dispersion (IQR) et du taux de réussite.*

## FibroScan 402

Nom : **SENHAJI**  
Prénom : **FARID**  
Sexe : **Masculin**  
Né(e) le :  
Code :  
Indication : **HVC**

### Examen Fibroscan 21/03/2023 09:36:30

Type d'examen : **Medium**  
Opérateur : **ISMAIL**  
Médecin référent :

Elasticité Médiane : **6,8 Kpa**  
IQR : **0,3 Kpa**  
IQR/méd. : **4 %**  
Mesures valides : **10**  
Taux de réussite : **83 %**

**La sonde doit être calibrée**

#### Mentions légales

*FibroScan® est un dispositif médical d'aide au diagnostic. L'examen doit être réalisé par un opérateur certifié. Le résultat doit être interprété par un médecin spécialiste du foie en fonction du contexte clinique de la maladie et en tenant compte du nombre de mesures valides, de leur dispersion (IQR) et du taux de réussite.*