

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.

N° W21-793495

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4504

Société :

ELYASMI KHAUD

RAN
A63780

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL YASMI KHAUD

Date de naissance :

28-02-1963

Adresse :

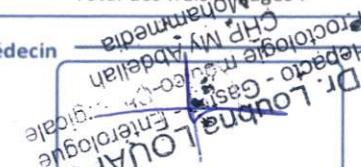
LOT EL ASSIL RUE 3 N° 135
MOHAMMADIA

Tél. : 0661 147427

Total des frais engagés : 2900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

20/04/2023

YASMINA Age: 41

Nom et prénom du malade :

MAAKOUL

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Nodule pulmonaire solide

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

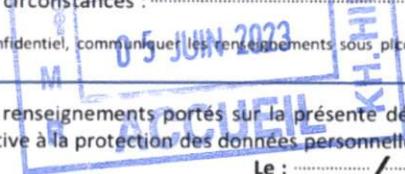
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
20/04/2023	CS Gravité			<p>INP : 0814189789</p> <p>Mohammedia G.P.M. Abdellah</p> <p>Hépato - Gastro - Hépatologie</p>

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
	26/14/23	TOMTAP (200)	2900

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	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				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>				H			25533412	21433552		00000000	00000000		<hr/>			D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																										
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
<hr/>																										
D	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
B																										
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

Docteur Loubna LOUAFY

Spécialiste des Maladies

de l'Appareil Digestif

Ancienne Résidente des Hôpitaux de Paris

(Estomac - Foie - Intestins - hémorroides)

Endoscopie Digestive

Echographie Abdominale

Proctologie Médico - Chirurgicale



الدكتورة لبني الوافي

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي

مقيمة سابقاً بمستشفيات باريس

(المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير)

الفحص بالمنظار الداخلي

الفحص بالصدى

أمراض المخرج و جراحة البواسير

le : 20/04/2023

N° = NAKOUR / ASSMINA

Douleurs abdomino-pelviennes
+ Gêne respiratoire

Scanner Thorax -

abdomino-pelvien

Dr. Loubna LOUAFY
Hépatologue
Proctologue
CHP
Mohammadia

Radiologie Chardi 254
252, Bd. Chundi - Casablanca
Tél: 05 22 77 45 45

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Facture

N° : 1903/2023
Casablanca, le 26/04/2023

Nom patient : MAAKOUL YASMINA

Examen(s) réalisé(s) :

TDM THORACO ABDOMINO PELVIENNE

Montant : **deux mille neuf cent (2900 dh)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX MILLE NEUF CENTS DH

REGLEMENT : TPE

Radiologie Ghandi 282
282, Bd Ghandi Casablanca
Tél. 05 22 77 45 45

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER
SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Mme MAAKOUY YASMINA
MEDECIN TRAITANT : Dr LOUAFY LOUBNA

Casablanca le 26-04-2023

TDM THORACO-ABDOMINO -PELVienne.

INDICATION : bilan .

TECHNIQUE : Acquisitions hélicoïdales sans et après injection de PDC iodé, avec passages artériel, portal et tardif.

RESULTATS :

Thorax :

- Absence de nodule pulmonaire ou de foyer parenchymateux.
- Petit épaississement pleural localisé de forma allongée en postéro basal droit mesurant 7,7x 3,5 mm d'allure non spécifique : Lésions séquellaire ?.
- Absence d'épanchement pleural ou péricardique.
- Absence de cardiomégalie.
- Absence d'adénopathie médiastinale suspecte ou de taille significative.
- Absence d'anomalie vasculaire.

Abdomen -pelvis :

- Foie de taille normale, de densité homogène sans lésion nodulaire décelable ou prise de contraste anormale.
- Absence de dilatation des VBIH ou des VBEH.
- VB normotendue hypodense homogène
- Rate, pancréas et reins d'aspect normal.
- Absence de masse surrénalienne à droite.
- Discret épaississement du corps de la surrénale gauche..
- Absence d'adénopathies abdominales de taille significative.
- Minime épanchement pelvien hypodense homogène.
- Absence d'infiltration du mésentère ou du péritoine.
- Absence d'épaississement digestif dans les limites de cet examen.
- Vessie de capacité normale et de signal normal.
- Utérus de densité homogène de taille normale et de contours réguliers. Il est siège d'un DIU
- Ovaies folliculaires de taille normale.
- Absence de masse latéro utérine.
- Absence de lésion osseuse suspecte.

CONCLUSION :

- Nodule sous pleural en postéro basal droit d'allure non spécifique.
- Minime épanchement pelvien.
- Résultats à confronter aux restes des données.

E.F.

DR. YAHIA KETTANI
Radiologue 282
Amicalement
Dr. KETTANI Y.
N° F. 0522770505