

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-814455

171891



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3208

Société :

Royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BEN JELLOUN DRIS

Date de naissance :

HAY ALW ALAA 1484 1485 1486 1487

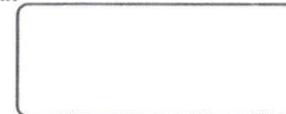
Adresse :

Tél. : 06 74 27 30 69

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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'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

Le : 15/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14.08.15	TDR central	1500,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

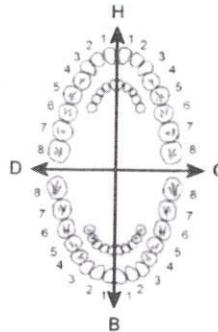
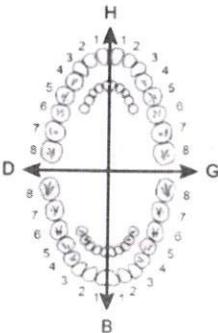
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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"/>
				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"/>
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession		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				

F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation
202304672	14/08/2023	M. BEN JELLOUN DRIS	Payant	14/08/2023 / 14/08/2023

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
TDM CEREBRALE			1	1 500,00	1 500,00
				Sous-total	1 500,00
				Total général	1 500,00

Arretée la présente facture à la somme de **MILLE CINQ CENTS DIRHAMS**

Observation :

CLINIQUE

L'article 6 de la loi de finances (L.F.) n° 100-14 pour l'année budgétaire 2015, promulguée par le dahir n°1.14.195 du 1er rabii I 1436 (24 décembre 2014) relative aux droits de timbres



Casablanca , le 14/08/2023

Nom /Prénom : BEN JELLOUN DRIS

SCANNER CEREBRAL

TECHNIQUE :

- Acquisition hélicoïdale volumique sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

- Plage d'hypodensité occipitale gauche de densité similaire à celle du LCR responsable d'une attraction dilatation de la corne occipitale homolatérale
- Il s'y associe la présence de lacunes hypodenses thalamique et capsulaire externe homolatérale
- Importante atrophie cortico-sous corticale sus tentoriel à prédominance frontale .
- Hypodensité périventriculaire et des centres semi-ovales en rapport avec la leucoaraiose.
- A noter la présence d'une formation calcifiée de la faux du cerveau mesurant 12x7 mm
- Absence de stigmates hémorragiques
- Ligne médiane en place.
- Citernes de la base libres.
- FCP sans anomalie.
- Absence d'anomalie osseuse décelable.

CONCLUSION :

- Aspect TDM d'AVC ischémiques séquellaires gauches sans lésion d'allure évolutive sur cet examen
- Atrophie cortico-sous corticale sus tentorielle avec leucoaraiose
- Formation calcifiée de la faux du cerveau : méningiome psammomateux ?

En vous remerciant de votre confiance





Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
Délégation à la préfecture
des Arrondissements Sidi Bernoussi
Centre Hospitalier préfectoral
Hôpital Al Mansour



Service de : Hypoth

Casablanca, le 14/8/23

N° d'Entrée :

Nom et Prénom du malade : DRiss Benjoudi

BILLET D'EXAMEN

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	INTERPRETATION
<p>Age = + 2 ans.</p> <p>ATC = Diarré cibologique.</p> <p>Présente des céphalées avec vomissement.</p> <p>À voir le cas pour TDN</p>	<p>Diagnose</p> <p>radiologie</p> <p>cérébrale</p> <p>Ministère de la Santé et de la Protection Sociale</p> <p>Délégation à la préfecture</p> <p>Centre Hospitalier préfectoral</p> <p>Hôpital Al Mansour</p>

LE MEDECIN TRAITANT