

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 O Prise en charge : pec@mupras.com
 O 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° W21-796525

POU
Pouvoir

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1467	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SAMIA HAFED			
Date de naissance : 21/01/1958			
Adresse : 34X Avenue Houllay 11 Bab El Oued			
Tél. : 0661284325	Total des frais engagés : 700,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. ESSAMRI Wafaa Hépato Gastro Entérologie			
Date de consultation : 21 Novembre 2023			
Nom et prénom du malade : SAMIA HAFED			
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant			
Nature de la maladie : Hepatite autoimmune			
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 : **NOUAKCHOTT** Le : **20/11/2023**
 Signature de l'adhérent(e) : **WAFAA**

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-796525
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
20/11/2023	Consultation		300 DH + 100 DH	INP : 1001002 Dr. ESSAMRI W Hépato Gastro Entérologie Ex Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie du CH Ibn
	Général			

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

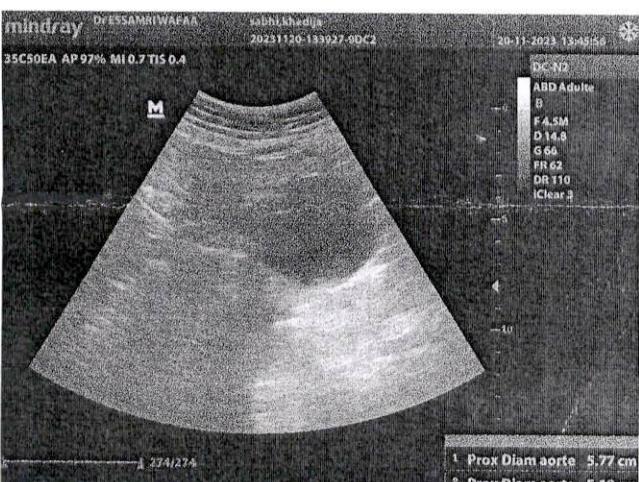
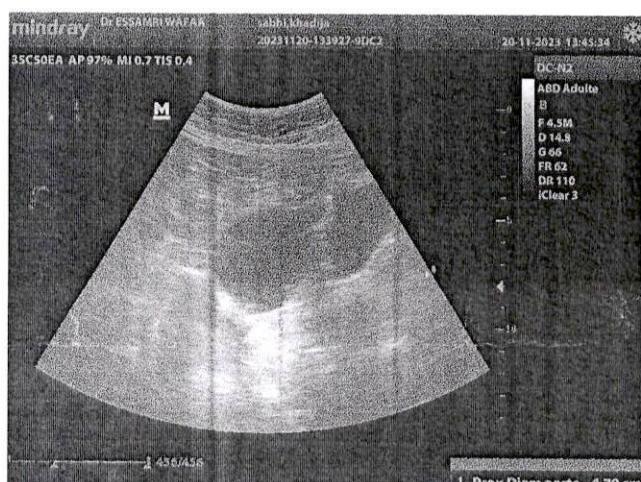
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</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>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																		
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
		<input type="text"/> MONTANT DES SOINS <input type="text"/> <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> <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																			



Nom:sabhi,khadija
ID:20231120-133927-9DC2 Sexe:Incon.
ABD Adulte
Date exam:20/11/2023

Abdomen - 2 / 2 Page

Image ultrason



Commentaires:

Signature:

Date sign.:

Dr ESSAMRI WAFAA

131, Bureau num 6, Av Allal Benabellah,
Rabat
Telephone: 05 37 660 664
Fax:
Site internet:

Nom:sabhi,khadija
ID:20231120-133927-9DC2
Sexe:Incon.



ABD Adulte
Date exam: 20/11/2023
Equipement utilisé: MINDRAY DC-N2

Abdomen - 1 / 2 Page

Mesures 2D

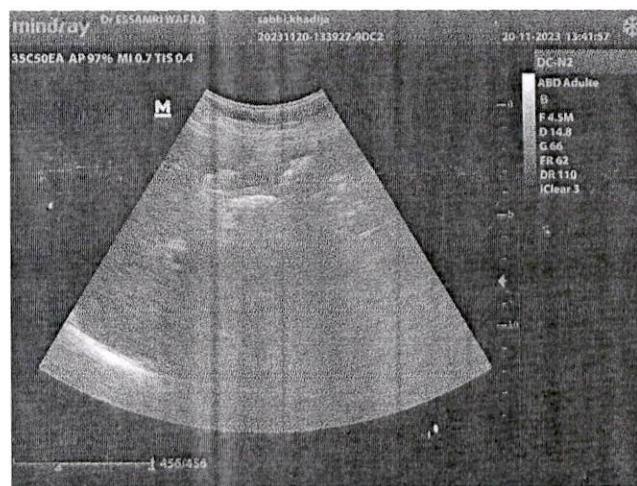
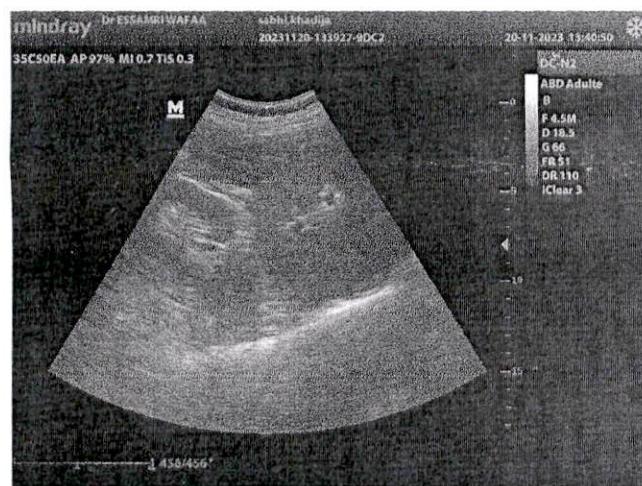
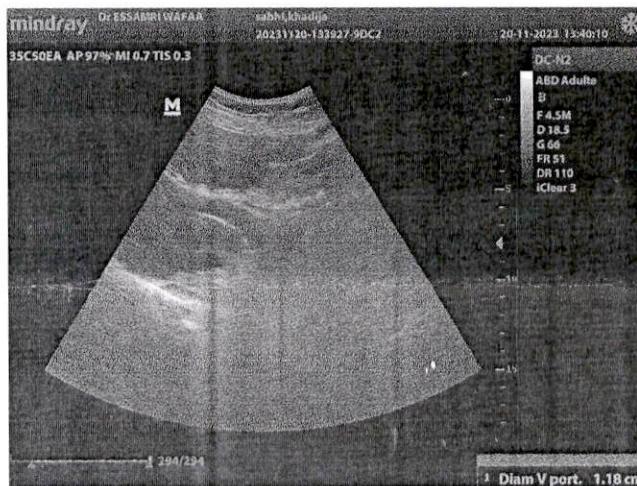
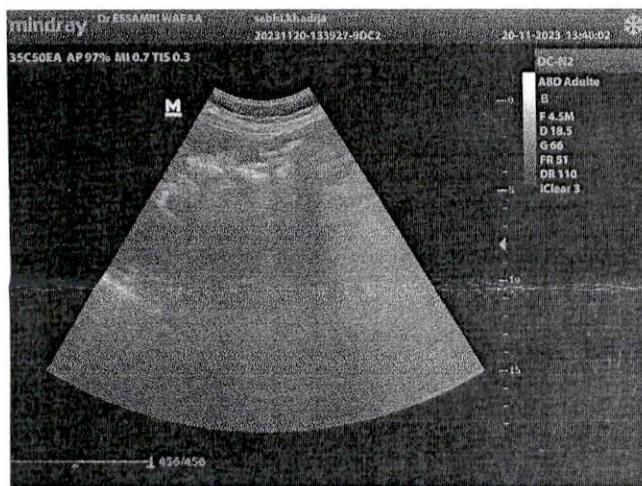
ABD Meas

Diam V port.: 1.38cm

Rate: 10.41cm

Prox Diam aorte: 5.25cm

Image ultrason



Docteur ESSAMRI Wafaa

Spécialiste des Maladies du Tube Digestif,
Foie, Pancréas, Proctologie

Ancienne Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat - CHU Ibn Sina



الدكتورة السماري وفاء

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي،
الكبد، البنكرياس، الشرج

أستاذة سابقة بكلية الطب والصيدلة بالرباط
المستشفى الجامعي ابن سينا

Rabat, le **20-11-2023**

Mme Sabhi Khadija

Echographie abdominale

Foie de taille et d'échostructure normale contours réguliers

TP de calibre normal, perméable

Vésicule biliaire multilithiasique à paroi fine

VBP et VBIH fines

Rate de taille normale homogène

Reins d'aspect échographique normal

Pancréas sans anomalies échographiques

Pas d'épanchement péritonéal

Pas d'adénopathies profondes

Kyste ovarien 57/51mm

Conclusion : VB multilithiasique

Dr. ESSAMRI Wafaa

Hépato Gastro Entérologie
Ex Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie du CH Ibn Sina Rabat

زاوية شارع الحسن الثاني وزنقة الكونغو، الطابق الثالث، مكتب رقم 23 - الرباط

Angle Av. Hassan II Rue Congo, 3^{ème} Etage, Bureau N° 23 - Rabat

Tél. : 05 37 66 06 64 - GSM : 06 61 38 89 98 / E-mail : essamriwafaa@gmail.com

Docteur ESSAMRI Wafaa

Spécialiste des Maladies du Tube Digestif,
Foie, Pancréas, Proctologie

Ancienne Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat - CHU Ibn Sina



الدكتورة السماري وفاء

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي،
الكبد، البنكرياس، الشرج
أستاذة سابقة بكلية الطب والصيدلة بالرباط
المستشفى الجامعي ابن سينا

Rabat 20.11. 2023

Rabat, le

Note d'honoraires

Nom du patient :

Mme Sabhi Khadija

Consultation	300dh
Echographie abdominale	400dh
Total	700dh

Dr. ESSAMRI Wafaa
Hépato Gastro Entérologie
Ex Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie du CH Ibn Sina Rabat

أوّل شارع الحسن الثاني وزنقة الكونغو، الطابق الثالث، مكتب رقم 23 - الرباط

Angle Av. Hassan II Rue Congo, 3^{ème} Etage, Bureau N° 23 - Rabat

Tél. : 05 37 66 06 64 - GSM : 06 61 38 89 98 / E-mail : essamriwafaa@gmail.com