

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° W21-773449

188085

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6640 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TOURBY BOUCHAIB

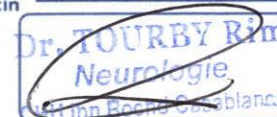
Date de naissance : 26/01/1960

Adresse : Rue 39, N° 45/47, LAYMOLIN II, 20190, CASABLANCA

Tél. : 0640312716 Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/12/2023

Nom et prénom du malade : TOURBY Bouchaib

Age : 63

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection neurologique chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

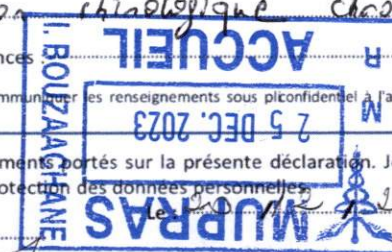
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

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

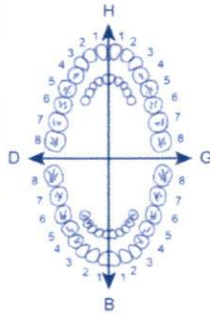
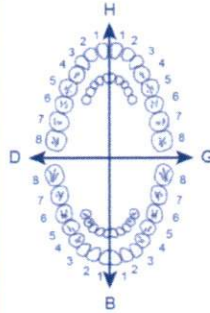
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	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 colspan="2">G</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	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 14 Décembre 2023

DR. R. TOURBY

MR. TOURBY BOUCHAIB

COMPTE RENDU

TDM DES SINUS

Indication :

- Patient suivi pour une pansinusite.
- TDM de contrôle.

Technique :

Acquisition hélicoïdale, sans injection de produit de contraste.

Résultat :

- Présence d'un comblement polypoïde des deux cavités nasales arrivant au niveau du plancher des cornets inférieurs, étendues à travers le méat naso-sinusal au niveau des deux compartiments du sinus maxillaire.
- Il s'y associe un comblement total des deux compartiments du sinus frontal, des cellules ethmoïdales antérieures et postérieures et du compartiment droit du sinus maxillaire, avec comblement partiel du compartiment gauche du sinus maxillaire.
- Epaissement muqueux en cadre des deux compartiments du sinus sphénoïdal.
- Présence d'un important amincissement de la charpente osseuse des cellules ethmoïdales.
- Présence d'une lyse osseuse partielle de la paroi interne des deux sinus maxillaires à prédominance droite.
- Déviation de la cloison nasale à droite avec éperon osseux.
- Asymétrie des toits de l'ethmoïde au dépens du côté droit.
- Présence d'un aspect cloisonné du compartiment gauche du sinus sphénoïdal avec aération du processus ptérygoïde homolatéral.
- Présence d'une procidence des nerfs optiques au niveau du sinus sphénoïdal.

Conclusion :

- Aspect scannographique d'une polypose naso-sinusienne diffuse pouvant être classée stade 3, associée à une sinusite ethmoïdo-maxillo-frontale diffuse.
- Quelques variantes anatomiques à risque infectieux et chirurgical comme décrit ci-dessus.

DR LAMIAE EL OUARDIGHI

FACTURE

N° de l'admission : 23010732

N° Facture : 23010487

Date facturation : 14/12/2023

Nom et prénom du patient : **BOUCHAIB TOURBY**

Convention : **PAYANT MUPRAS (RAM)**

Traitement :

Entrée: 14/12/2023 Sortie: 14/12/2023

PRESTATIONS

	Nombre	Prix unitaire	Montant
TDM SINUS			960.00
		Sous-Total	960.00

PRESTATIONS EXTERNES

	Nombre	Prix unitaire	Montant
DR LAMIAE EL OUARDIGHI			240.00
		Sous-Total	240.00

RETENU HONORAIRE :

MÉDECIN

	Taux (%)	Montant	Montant de retenu
DR LAMIAE EL OUARDIGHI	10	240.00	24.00
		Sous-Total	24.00

arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille deux cents dirhams

Total : 1 200.00

Notre compte bancaire :

Part patient 1200.00

Adhérent

Mle

PC N°



BILLET D'EXAMEN

Date : 16/02/23

Prénoms - Nom du malade : TOURBY Bouchard

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
Age = 63 ans	Atcds = Asthme sous ttt
<p>Patient suivi pour sténose chronique</p> <p>→ veuillez svp faire une TDM des sinus (de contrôle)</p>	

Le médecin traitant

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83