

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 255 Société : 39557

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hachim N'anna

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

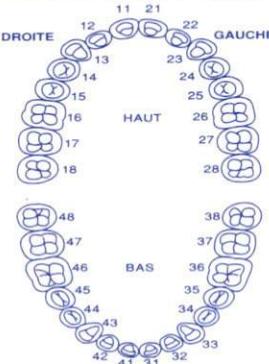
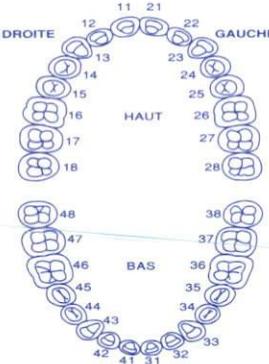
022 22 78 18

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

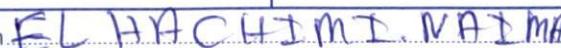
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																																																			
																																																								
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire																																																						
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">DROITE</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">11 21</td> <td style="width: 50%;">GAUCHE</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>22</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td></td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td></td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td></td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td></td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td></td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>48</td> <td></td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>47</td> <td></td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>46</td> <td></td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>45</td> <td></td> <td>35</td> </tr> <tr> <td>44</td> <td></td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td></td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>42</td> <td></td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>41</td> <td></td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td>30</td> </tr> </table>		DROITE		11 21	GAUCHE	12	22	23	13		24	14		25	15		26	16		27	17		28	18			48		38	47		37	46		36	45		35	44		34	43		33	42		32	41		31	40		30	
DROITE	11 21	GAUCHE																																																						
12	22	23																																																						
13		24																																																						
14		25																																																						
15		26																																																						
16		27																																																						
17		28																																																						
18																																																								
48		38																																																						
47		37																																																						
46		36																																																						
45		35																																																						
44		34																																																						
43		33																																																						
42		32																																																						
41		31																																																						
40		30																																																						
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">D</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>		D	H	G	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553																																							
D	H	G																																																						
25533412	21433552																																																							
00000000	00000000																																																							
00000000	00000000																																																							
35533411	11433553																																																							
		<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																																																						
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																																																						

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° <b>P 14 / 0031132</b>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	 Signature de l'adhérent
Nom & Prénom: <b>EL HACHIMI. NAJMA</b>			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
<input type="checkbox"/> Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Age
Nature de la maladie		Date	
		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>100910 CG</b>			
PHARMACIE	Date: <b>21.09.2020</b>		
Montant de la facture <b>372,50</b>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		 PHARMACIE DE LA WILAYA ZEKRI Abdelati Docteur et Pharmacien Bb. Oued Moulay El Oulfa Casablanca - Tel: 0522 90 51 13 ICE: 00157327300863	
AM	PC		

## Docteur Nadia El Ghiati

## Spécialiste en Médecine Interne

Ex-médecin des Hôpitaux Ibnou Rochd et Moulay Youssef de Casablanca



## الدكتورة نادية الغياتي

## إختصاصية في الطب الباطني

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
و مستشفى مولاي يوسف بالدار البيضاء

#### - الأمراض الباطنة أو الحماعة

## أمراض إلتهابات العظام، المفاصل و الشرايين

## أمراض الروماتيزم

بالموعد

## Sur rendez-vous

Casablanca, le 10-09-2020

Nº 822 Hachini Nawa

22, 80 x 7  
Cotswold Dry  
Legs & tails

86,00

ActyD

≤ 0,60

Ric B f b

~~Spa, Maroc, 2001~~  
Résidence Africaine - Appartement 563  
Route du Complexe Administratif  
en face aéroport d'Anfa - Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 96 67

إقامة الفردوس، شقة رقم 3 عمارة (GH1B-L15) مقابل مطار أنتا - الألفة - الدار البيضاء - 02

Résidence Firdaous - Appt N° 3 - (Im : L15 GH1B ) Bd Mohamed Taïeb Naciri en Face

Aéroport d'Anfa - Oulfa - Hay Hassani - Casablanca - 02

Tél : 05 22 93 96 67 - Gsm : 06 87 35 02 53

2010

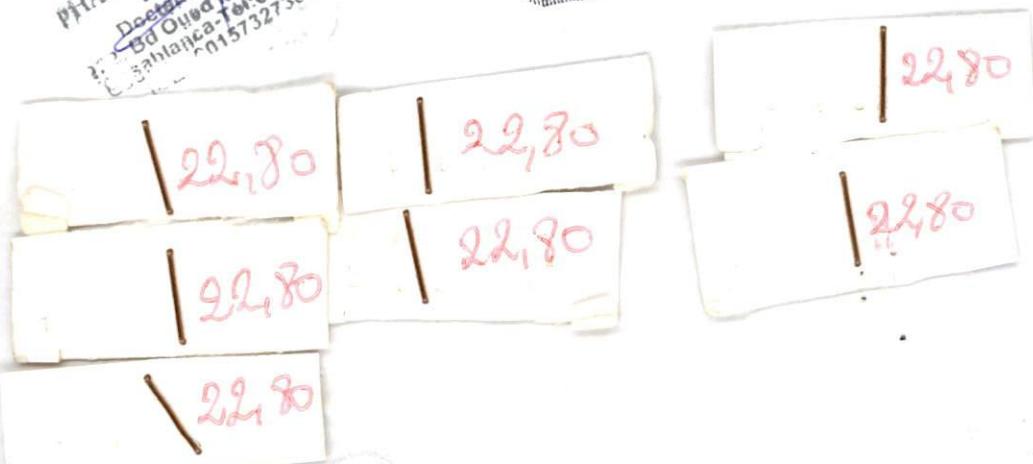
000060018

13911

T = 372,50

PHARMACIE DE LA WILAYA  
ZEKRI Abdellati  
Docteur Zekri Pharmacie  
Bd Ouard Moulaya-Et Oulfa  
Casablanca - Tel: 0522 90 51 13  
0157327300063

Dr. Nadia El Chiati  
Spécialiste en Médecine Interne  
Résidence Firdaus Appart 51 n° 3  
Route du Complexe Administratif  
en face aéroport d'Anfa - Oulfa Casablanca  
Tél: 05 22 93 96 67



Actyl D

PVC : 86,00 DH

PPV 50,60 DH  
LOT P488 PER 01/23  
comprimés enrobés

LOT M0165  
PER 11/2020  
PPV 20,00 DH

Casablanca, le 01/09/2020

PATIENT : **EL HACHIMI Naima**

MEDECIN TRAITANT : **Dr EL GHIATI.N**

### **ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne**

**INDICATION :** 55ans, douleur pelvienne et vésicale+ polyurie.

**TECHNIQUE :**

Examen réalisé au niveau de l'abdomen et du pelvis à l'aide d'une sonde de 3,5 Mhz.

**RESULTATS :**

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène, sans anomalie focale échographiquement décelable.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques.
- Vésicule biliaire à paroi fine et de contenu trans sonique pur.
- Rate et pancréas de taille et d'échostructure normales.
- Reins de taille normale, de contours réguliers avec une bonne différenciation cortico-sinusale sans image de lithiase rénale ni de dilatation des cavités pyélocalicielles.
- Vessie vide ne permettant pas l'exploration du pelvis.
- Absence de masse pelvienne.
- Absence d'épanchement ou d'adénomégalie profonde.

**CONCLUSION :**

**Echographie abdominale sans anomalie particulière.**

**Vessie vide non exploré vu l'état algique de la patiente.**

**A confronter aux données d'un ECBU.**

En vous remerciant de votre confiance :

Signé : **Dr BERRADA – Dr HABI**

