

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W19-413270

44448

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule :	10304	Société :	R.A.M.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Mazzouki Idrissi Mohamed			
Date de naissance : 03/02/1990			
Adresse : N° 6 immeuble 17 Résidence Chabab Ain Sebae Casablanca			
Tél. :	06 14 39 60 102	Total des frais engagés :	Dhs

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint      19 ULI. 2020 Age: 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.	



**ACCUEIL**

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**

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**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/09/20	418,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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'ODDF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

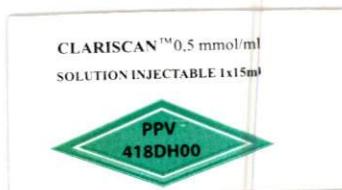
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Chakib BENNANI-SMIRES | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Le : 30 / 9 / 2020

NOM : NEZOUKI - IDRISSI NOTHANE

Produit :



418,00

CLARISCAN 15 ml

ou

CYCLOLUX 15 ml



**Dr. SEMMAR Abdemourhit**

**GASTRO - ENTEROLOGUE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancien Médecin Spécialiste à la Polyclinique  
CNSS Sidi Bernoussi

**SPECIALISTE**

Maladie de l'Appareil Digestif  
(Estomac - Foie - Intestin)

**PROCTOLOGIE**

Hemorroïdes, Fissures, Fistule Anale  
Endoscopie Digestive  
Echographie Abdominale

**الدكتور السمار عبد المهيض**

خريج كلية الطب بباريس

طبيب اختصاصي سابق بمصحة

الضمان الاجتماعي سيدى البرنوصي

**اختصاصي**

في أمراض الجهاز الهضمي  
(المعدة - الأمعاء - الكبد)

أمراض المخرج وجراحة البواسير  
الكشف بالصدى

Casablanca, le : 24/09/2022 الدار البيضاء، في :

Mr. MERJOUKI

DOMISSI M

BK DR M

Foie. Bile kystique

CA 19.9

- AF 25

MA

Dr. SEMMAR Abdemourhit  
Spécialiste de l'Appareil Digestif  
Rés. Yassine N°2, Angle Bd. Mbarek Ben Boubker Hammadi et Rue H - Sidi Bernoussi,  
en Face de la Pharmacie YAFA - Casablanca - Tél.: 05 22 76 78 25



حي مبارك إقامة ياسين رقم 2 - زاوية شارع مبارك بن بوiker حمادي وزنقة H سيدى البرنوصي، أمام صيدلية يافا - الدار البيضاء  
Quartier Moubaraka Rés. Yassine N°2, Angle Bd. Mbarek Ben Boubker Hammadi et Rue H - Sidi Bernoussi,  
en Face de la Pharmacie YAFA - Casablanca - Tél.: 05 22 76 78 25  
الهاتف : 05 22 76 78 25

Dr Chakib BENNANI-SMIRES | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 30 Septembre 2020

**DR. A. SEMMAR**

**MR. MERZOUKI MOHAMED**

### **COMPTE RENDU**

#### **I.R.M. ABDOMINALE AVEC BILI IRM :**

##### **Technique :**

Exploration dans les trois plans de l'espace en séquences T1, T2 diffusion et T1 après injection de gadolinium.

Séquences de Bili I.R.M.

##### **Résultats :**

-Le foie est truffé de lésions en hyposignal T1, hypersignal de diffusion et T2. L'aspect est d'autant plus marqué au niveau du lobe gauche ainsi que des segments VI et VII. Les lésions les plus volumineuses siègent au niveau du segment VIII mesurant 25mm et au niveau du segment VI mesurant 27mm. Les autres lésions mesurant environ 10 à 15mm.

-Le pancréas ne montre pas d'anomalie de signal ou de prise de contraste anormale.

-La rate, les reins et les surrénales sont libres.

-Il n'y a pas d'adénopathie profonde.

-Il n'y a pas d'épanchement.

-Sur la séquence Bili I.R.M. il n'a pas été retrouvé de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques ou de la voie biliaire principale.

##### **Conclusion :**

Foie métastatique, à confronter au reste du bilan.

