

# 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.

## adiologie 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 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

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.

**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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01950 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAYALI Brahim

Date de naissance : 25/11/48

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 05 22 90 97 61 Total des frais engagés : 2500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/01/2020

Nom et prénom du malade : LAYALI Brahim Age : 71

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Alimentation digestive

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 : 28/11/20 CASA Le : 13/11/20

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/01/2014	Consultation	1	CS 300 DT	Signature : KHAL Noura

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/01/2020	DRM-22000H	

## AUXILIAIRES MEDICAUX

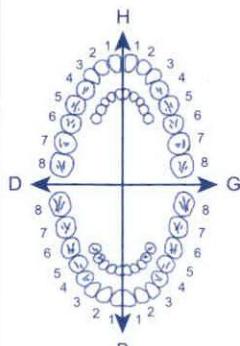
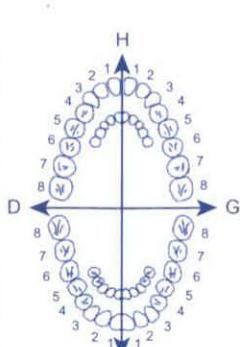
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur AKKAL Noura  
Ep. Marchane**



**الدكتورة عقال نورة  
خمر مرشان**

Spécialiste des maladies de l'appareil digestif,  
du foie et Proctologie  
Echographie abdominale  
Endoscopie digestive

Lauréate de la Faculté de Médecine de Fès  
Ancienne Médecin du CHU Ibn Sina de Rabat  
Diplômée en proctologie de la Faculté de Médecine de Rabat  
Diplômée en Diététique Médicale et Nutrition de la Faculté  
de Médecine de Fès

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي  
الكبد - الأمعاء - المعدة والبواصير  
الفحص بالصدى  
الكشف بالمنظار

خريجة كلية الطب والصيدلة بفاس

طبيبة سابقة بمستشفي ابن سينا الجامعي بالرباط

دبلوم جامعي في علاج أمراض الشرج والبواصير بكلية الطب بالرباط

دبلوم جامعي في علم التغذية الطبية والحمية بكلية الطب بفاس

### *Ordonnance*

Casablanca, le : 13/1/2020

M<sup>r</sup> LAYARI Brahim —

\* Cholestase clinique et  
biologique + cytolysie  
et hypoalbuminie ↑

IRM abdominale  
(pancreas biliaire)

Dr. Noura Akkal  
DOCTEUR  
GASTROENTEROLOGUE  
Casablanca  
El Oulfa

N° IPP :	1126884	N° SEJOUR :	200003753	<b>FACTURE N° 2005002736</b>			DATE D'ENTREE :	14/01/2020	DATE DE SORTIE :	14/01/2020
ASSURE :							DESTINATAIRE :			
MALADE :	LYALI,Brahim			UF:	5002 URGENCES					
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :						
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b> IRM(Y COMPRIS LES PRODUITS DE CONTRASTE)	IRM	1.00	2200.00	2200.00					0.00	2200.00

Intervenant :	08102007 DR MESTOUR MOHAMED	TOTAUX :	2200.00						2200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	DEUX MILLE DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
DATE FACTURE :	14/01/2020	EDITEE LE :	14/01/2020	PAR:	ZBIRY	ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA						N° DE POLICE :	DATE AT :		
						Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef		
						BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA		
						N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31		

# SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 14/01/2020



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghallef

Patient (e) : LAYALI BRAHIM

EXAMEN: IRM abdominale.

TECHNIQUE : Séquence axiales IP OP

Axiale et coronale T<sub>2</sub>,

Diffusion.

## RESULTAT

I.R.M  
(1.5 Tesla)

On met en évidence une petite lésion de l'uncus pancréatique de contours irréguliers mal définie en hyposignal T1, T2, hypersignal diffusion mesurant 23 x 20mm avec ADC bas engainant la VBP et le Wirsung.

Scanner  
(Corps Entier)

Dilatation modérée du cholédoque sus pancréatique ainsi que les VBIH.

Radiologie  
Numérique

Foie homogène de volume normal de contours réguliers sans lesion focale décelable

Echo-Doppler  
(Couleur)

TP et vaisseaux mésentériques sont libres .

Les deux reins sont d'aspect fonctionnel et morphologie normal hormis es kystes corticaux simples .

La rate est d aspect normaul.

Absence d'adénopathies rétro-péritonéales.

Absence d'épanchement intra péritonéal.

## CONCLUSION

Aspect en faveur d'un processus tumoral de l'uncus pancréatique de 23x20mm avec double dilatation de la VBP et du Wirsung.

Absence de signe d' envahissement locorégionale

