

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

## Informations 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.

## 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.

## Education :

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.

## Prothétique :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1545

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENYASS ABDELHAFID

Date de naissance : 08/03/54

Adresse : LOT 125 TRANCHE D LMADINA LJADIDA

Tél. : 0662189350

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/2/19

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) : .....



## **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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28-2-201        |                   |                       | G                               | <i>Dr. R. Boukili Professeur de Chirurgie Digestive et Endocrinienne<br/>Institut Curie Paris<br/>In Allouez 22270<br/>Immeuble de la clinique Radin</i> |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                               | Date    | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|---------|------------------------------|------------------------|
|  | 26/2/22 | Echographie<br>Pied          | 400 DT                 |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

#### **[Création, remont, adjonction]**

The diagram illustrates the 16-cell lattice in a four-dimensional coordinate space. The axes are labeled D (vertical), G (horizontal), H (upward), and B (downward). The vertices of the 16-cell are represented by small circles, and the edges are shown as arcs connecting adjacent vertices. The vertices are arranged in a specific pattern along the D-axis, with some vertices having labels like 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 and others having labels like 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M U P R A S

N° Admission : 22002238 N° Facture : 22002177 Date facturation : 26/02/2022

\*Nom et prénom du patient : Mr BENYASS ABDELHAFID

| PRESTATIONS | Nombre | Prix unitaire | Montant   |
|-------------|--------|---------------|-----------|
| ECHO PIED   | 1.00   | 400.00        | 400.00    |
| Sous-Total  |        |               | 400.00 DH |

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams Total : **400.00DH**

|            |                |           |
|------------|----------------|-----------|
| Adhérent : | Part organisme | 0.00 DH   |
| Mle :      | Part patient   | 400.00 DH |
| PC N° :    |                |           |



# Dr. El Hassan BOUKIND

Professeur en Chirurgie Plastique, Esthétique, Réparatrice et Brûlés

Ex enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

Ex. Chef du Centre des Brûlés et de Chirurgie Réparatrice

et Esthétique C.H.U Ibn Rochd Casablanca

ذ. الحسن بوكيند

الجراحة التجميلية والتقويمية والحرق

أستاذ سابق بكلية الطب

رئيس مصلحة سابقة بالمركز الوطني للحرق و الجراحة التجميلية

و التقويمية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

ل ٢٦/١/٢٠٢٢

Demande d'admission

Collation de la photo

de la main droite

⇒ c'est une

Dr. BOUKIND Hassan  
Centre de Chirurgie Plastique  
24, Rue Imam Aloussi, Face Clinique Badr - Casablanca - Maroc  
Tél: +212 522 27 55051 - Fax: +212 522 27 55052  
Centre de Chirurgie Plastique et Burns  
Rue Imam Aloussi - Casablanca - Maroc  
www.boukindhassan.com | boukind@yahoo.fr | Casa aesthetic medical center | Casa aesthetic medical center

24, زنقة الإمام العلوسي، بوركون ( أمام مصحة بدر ) Casablanca – Maroc

+212 (0) 522 22.75.50/51

+212 (0) 622.09.81.99

+212 (0) 522 22.75.52

Casablanca, le 26 Février 2022

**MR. BENYASS ABDELHAFID**

## **COMPTE RENDU**

### **ECHOGRAPHIE DU PIED GAUCHE**

#### **Indication :**

Bilan de tuméfaction chez un patient connu pour pied diabétique.

#### **Résultat :**

- Importante infiltration œdémateuse du tissu cellulo graisseux sous cutané de la cheville et de la plante du pied.
- Mise en évidence au niveau des parties molles superficielle du tiers moyen de la plante du pied d'une plage hypoéchogène, mal limitée, non vascularisée au doppler couleur, étendue sur environ 3cm de hauteur, pouvant correspondre à une atteinte phlegmoneuse en voie de collection .

**DR HABCHAoui SANAA**

