

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.

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.

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

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° M21- 1052700

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0847 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : AMJOUEL SAID
Date de naissance : 01/01/1949
Adresse : 84 RESIDENCE DES ROSES APART 197
BEAUGESTOUL CASABLANCA
Tél. : 063214100/0522394312 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/03/2022
Nom et prénom du malade : Amjouel Said Age : 73
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AFFECTION 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 : CASABLANCA Le : 07/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
05/03 2022				

GRATUIT

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/03 2022		1500 DH

FIBROSCAN

AUXILIAIRES MEDICAUX

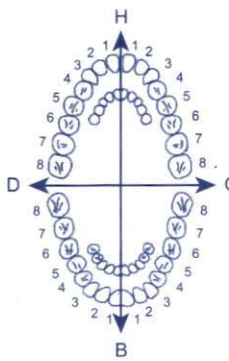
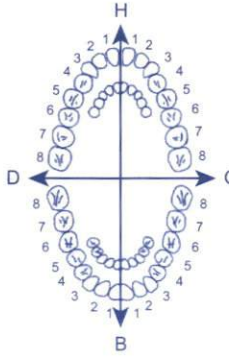
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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 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>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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le 05/03/2022 في الدار البيضاء، في

INP: 091028860

Note d'honoraires

Le docteur

a l'honneur de présenter ses compliments

à Mr (Mme)

Amiameel Said

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires ;

soit la somme de

1500,00

dhs.

pour

FIBROSCAN

Professeur Salwa Nadir
Hépatogastroentérologie
Proctologie Médicale et Chirurgicale
Clinique Dar Salam
728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél : 05 22 85 14 14

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10 - الطابق 4، شارع مولاي إدريس الأول، 120

Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél : 05 22 85 14 14 - الهاتف : 05 22 85 14 14، شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء - مصحة دار السلام، 728،

الموقع الإلكتروني : www.pnadirsalwa.com/www.pnadirsalwa.ma - البريد الإلكتروني : E-mail : salwanadir@yahoo.fr - Site web : www.pnadirsalwa.com/www.pnadirsalwa.ma

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

D.U "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U "Maladies inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد و الجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le 05/03/2022 : الدار البيضاء, في

Aujourd'hui

Fihokael

Professeur Salwa Nadir
Hépatogastroentérologie
Proctologie Médicale et Chirurgicale

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél.: 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 10 رقم 10
Clinique Dar Salam, 728 Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél.: 05 22 85 14 14 - الهاتف :
مصحة دار السلام, 728, شارع مودي بوكيتا, الدار البيضاء -

E-mail : salwanadir@yahoo.fr : البريد الإلكتروني : Site web : www.pnadirsalwa.com/www.pnadirsalwa.ma : الموقع الإلكتروني :

PATIENT

Nom **AMJOUEL**

Sexe Masculin

Prénom **SAID**

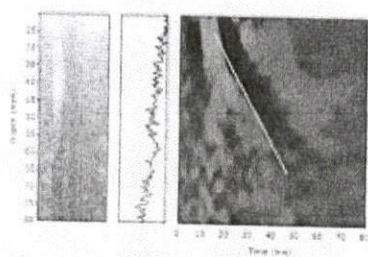
Médecin référent

Code

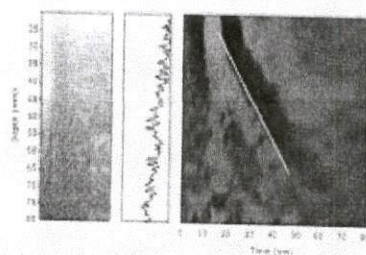
Date et heure 2022-03-05 09:25:11

Né(e) le 1949-01-01

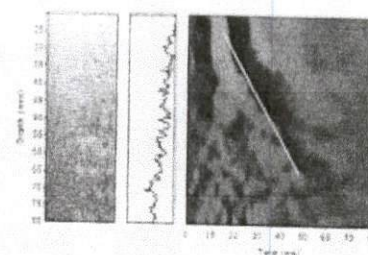
Opérateur PR NADIR



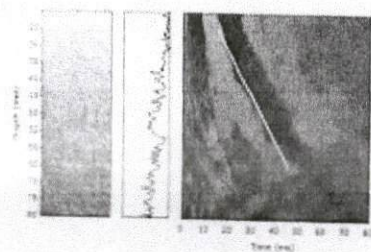
E
4.7 kPa



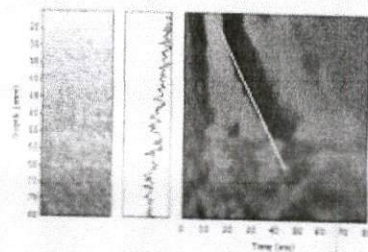
E
4.7 kPa



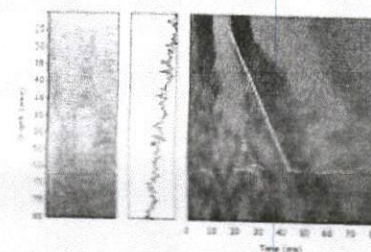
E
4.2 kPa



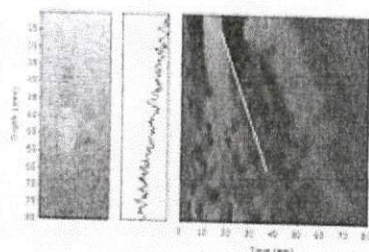
E
5.0 kPa



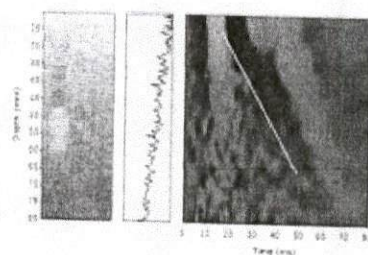
E
5.8 kPa



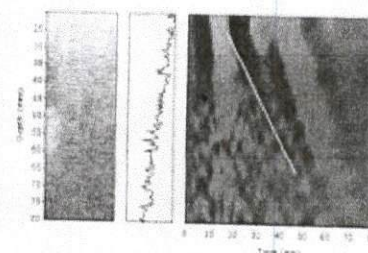
E
6.6 kPa



E
11.4 kPa



E
4.5 kPa



E
5.2 kPa

Rapport d'examen

ETABLISSEMENT

CABINET D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE
120,BD.MOULAY IDRIS 1ER, 4EME ETAGE N°10
TEL:0522864237-FAX:0522864237
CASABLANCA

PATIENT

Nom **AMJOUEL**

Né(e) le 1949-01-01

Prénom **SAID**

Sexe Masculin

Code

Médecin référent

EXAMEN

Date et heure 2022-03-05 09:25:11

Examen M (Liver)

Opérateur PR NADIR

Nombre de mesures valides 18

Dispositif Fibroscan 402 F40308

Nombre de mesures invalides 1

Sonde M 7 70947

Taux de réussite 95%

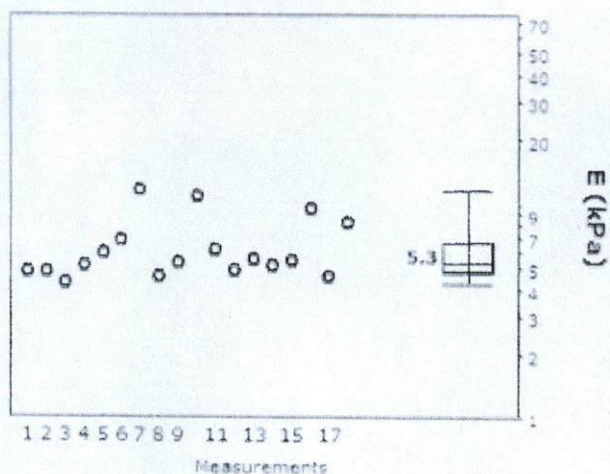
E (kPa)

Médiane **5.3**

IQR* **1.7**

IQR*/méd **32 %**

*IQR: Interquartile range



Commentaire:

Elasticité hépatique en faveur de l'absence de fibrose significative(F0-F1)

Pr S.NADIR