

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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.

## ntaire :

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 caractére 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

106725

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0847 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

RETRAITÉ

Nom & Prénom : AMJOUEL SAÏD

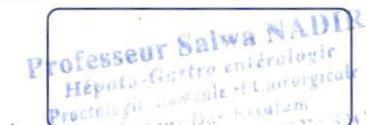
Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : 24 RÉSIDENCE DES MOSES APARTEMENT 207  
BESU SE JOUR CABABANET

Tél. 06 13 21 41 10 / 06 22 39 47 13 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 SAÏD 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) :

Autorisation CNDP N° : AA215 / 2019

#### **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
05/03 2022	G		GRATUIT	Le 05/03/2022 Hôpital de la Croix-Rousse Praticien : Dr C. 19. Rd. Mr. Ministre C. Signature : Dr C.

## **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 Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>PROFESSEUR D HÉPATO-CLINIQUE D ESSAOUIRA</i>	<u>05/03</u> <u>2022</u>	<i>FIBROSCAN</i>	<u>1500DH</u>

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the internal structure of the human mandible, viewed from a lateral perspective. The body of the mandible is at the bottom, showing the mental foramen and the angle of the mandible. The rami are at the top, each containing a condyle. The dental arch is shown with 32 teeth, divided into four quadrants by a vertical midline suture. The upper row of teeth is labeled with their respective quadrant numbers (1 through 4). The lower row of teeth is also labeled with quadrant numbers. The entire diagram is oriented with a vertical axis labeled 'H' at the top, a horizontal axis labeled 'D' on the left, and a diagonal axis labeled 'C' on the right.

[Création, remont, adjonction]  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## **Professeur Salwa Nadir**

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie  
 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 والصدري  
 أمراض وجرأحة الشرج

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

INP : 091028860

## **Note d'honoraires**

Le docteur .....  
 a l'honneur de présenter ses compliments  
 à Mr (Mme) ..... Amjed Saïd .....  
 et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires ;  
 soit la somme de ..... 1500,00 ..... dhs.  
 pour .....

**FIBROSCAN**

Professeur Salwa NADIR  
Hépato-Gastro entérologie  
Proctologie Médicale et Chirurgicale  
Clinique Dar El Salam  
120 Bd. Moulay Idriss 1er, Casablanca 20100  
Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - 10  
Site web : www.prnadirsalwa.ma

*En cas d'urgence : 06 61 46 84 96*

# Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie  
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 ..... في : الدار البيضاء

Dr. Amejoud Saeed

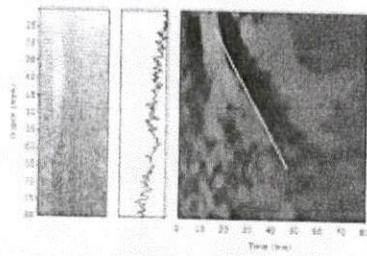
F. hokail

PROFESSEUR SALWA NADIR  
Hépatolo-gastro-entérologue et proctologue  
PROFESSEUR SALWA NADIR

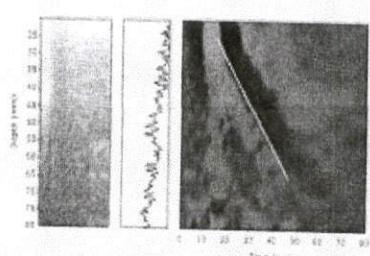
En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4<sup>ème</sup> étage N°10 - Tél.: 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 10  
مصحة دار السلام، 728 Bd. Modibo Keita - Casablanca 20100 - Tél.: 05 22 85 14 14 - الهاتف : 05 22 85 14 14

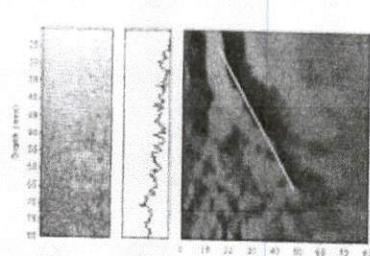
E-mail : salwanadir@yahoo.fr - البريد الإلكتروني : موقع الإلكتروني : www.pnadirsalwa.com/www.pnadirsalwa.ma

**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

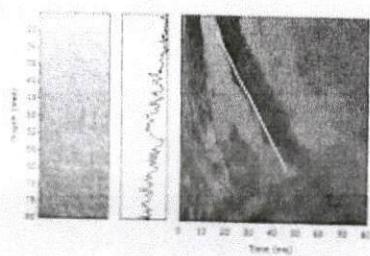
E  
4.7 kPa



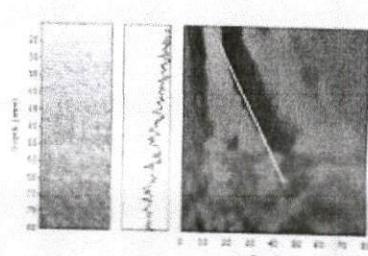
E  
4.7 kPa



E  
4.2 kPa



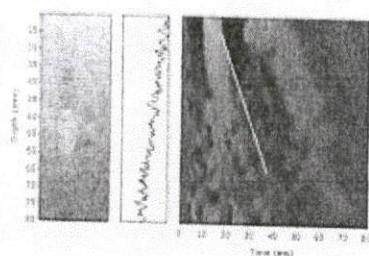
E  
5.0 kPa



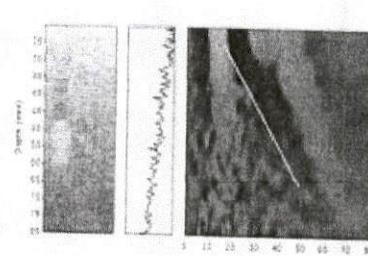
E  
5.8 kPa



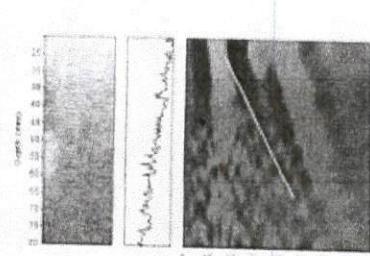
E  
6.6 kPa



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

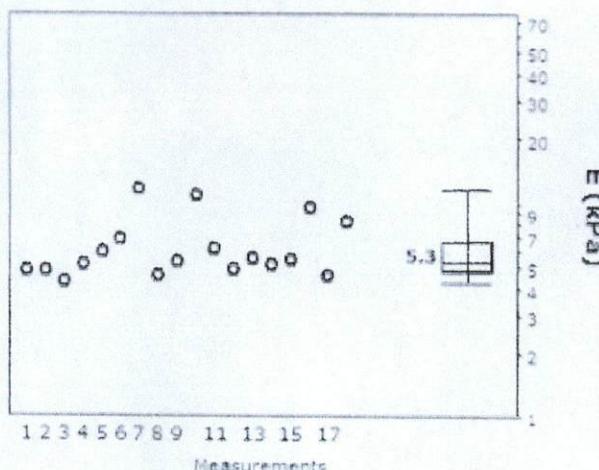
## EXAMEN

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

