

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage 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- 080219

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10319 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HANDI SANIRA
 Date de naissance :
 Adresse : 19 Ang. 6 et ABDELWAHAB ZEKKAR Rés. 1. le Belvédère Casa
 Tél. : 0665946719 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

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 : Casa

Le : 25/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19.02.92	

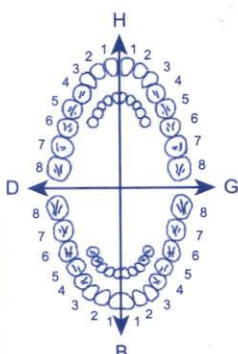
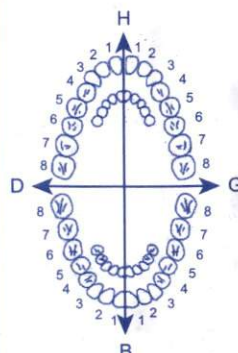
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 <table border="1" data-bbox="1620 922 1860 1091"> <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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR ABDELLAZIZ ZIANE

Casablanca le, 19/08/2022

Mme HAMDI Samira

57 Bd Oukba Ibnou Nafiq
14510 mohammadi
Casablanca
Tél: 05 22 62 80 96
Email: drziane@yahoo.fr

DOULEURS ABDOMINALE ATYPIQUE
BALLONNEMENT
ECHEC TRAITEMENT

Fibroscopie
Diagnostic
et thérapeutique

Dr. Belhaj Soulam Abdelilah
Médecin Radiologue

TDM ABDOMINO-PELVIENNE

Cathétérisme de la VBP
Sphinctérotomie
(CPRE)



oscopie
ynectomie

Dr. Abdellaziz ZIANE
Spécialiste de médecine digestive
57 Bd Oukba Ibnou Nafiq H.M. Casablanca
Tél: 05 22 62 80 96

Casablanca, le 19 Août 2022

DR ABDELLAZIZ ZIANE

MME. HAMDY SAMIRA

COMPTE RENDU

TDM ABDOMINO PELVIENNE

Indication :

- Patiente de 49ans, douleur abdominale atypique.
- Ballonnement.
- Echec de traitement.

Technique :

- Acquisition hélicoïde avec injection intraveineuse de contraste iode au temps artériel et portal.
- Reconstruction axiale transverse en 1,25mm d'épaisseur jointive couvrant l'étage abdomino pelvien.

Résultat :

A L'étage abdominal

- Foie homogène sans son ensemble, sans lésion focale ni rehaussement pathologique, sa taille est normale, ses contours sont réguliers.
- Il n'est pas relevé de dilatation des VBIH.
- Pas d'anomalie décelable pancréatique ou splénique.
- Pas d'adénopathie coeliomésentérique ou lombo-aortique.
- Les reins sont en situation habituelle, ne montrant pas d'anomalie morphologique ou fonctionnelle.
- Pas d'hypertrophie ni nodule surrénalien.
- Répartition normale des anses digestives, sans épaissement pariétale ni distension
- Pas de densification pathologique de la graisse péritonéale.

A l'étage pelvien

- Vessie de taille normale, au contenu homogène, sans anomalie de paroi
- Utérus de siège centro pelvienne, de densité homogène.
- Individualisation d'une formation kystique pelvienne droite ne contenant ni cloison, ni végétations (kyste de l'ovaire, mesurant 37 x 36mm).

...../.....

MME. HAMDY SAMIRA

- Fine lame d'épanchement péritonéal de la FID.
 - Pas de nodule péritonéal identifiable.
 - Conservation de la graisse péri rectale.
 - Pas d'adénopathie notable au niveau de différentes chaînes iliaques.
- N.B :** Pas de lésion osseuse focale d'allure suspecte.

Au total

- TDM ne montrant pas d'anomalie notable de l'étage sous diaphragmatique en particulier hépatique ou lymphatique.
- Kyste simple de l'ovaire droit de (37 x 36mm).
- Fine lame d'épanchement péritonéal au niveau de la FID.

DR A .BELHAJ SOULAMI

Dr. Belhaj Soulam Abdelilah
Médecin Radiologue



le 19/08/2022

Mr HAMDI Samira

374,00

omnipaque 300 mg



PHARMACIE ABOU ZAID
 S.A. R.L.
 2284, Massira 2, Bournazel
 Casablanca
 Fax: 0522 71 30 76



50 ml x 2