

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-764087

*Par
courriel*

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2322

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DAZI Z - AHMED

Date de naissance :

15/9/52

Adresse :

RUE SFAKION, N° 15, TANGER

Tél. :

0522 93 0714

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Acziz Ahmed

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Spondylosite

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-764087

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2322

Nom de l'adhérent(e) : AAZIZ

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 3-1-11

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
				INP : <input type="text"/>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
16/11/83	TDM		Serv 7000 F Dose 1000 F EL QUANTITATIVE RADILOGIQUE 15000 F F. G. Berger

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cahier et signature du Partenariat	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM		
<i>CHU - Tanger</i>	<i>16/01/23</i>				<i>CHU - Tanger</i>	

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE										
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'ODF.										
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient						
				INP : <input type="text"/>						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>						
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>						
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>						
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000 D 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 G 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	
H	G									
25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553									
B										
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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										



Tanger, Le: 16/01/2023

Accord Préliminaire
Le 16/01/23

Service de

Nom & prénom : Dr. Azziz Ahmed

Ordonnance

Faire SUP : TDM du Rachis

tout le



Cher Collègue,

Permettez moi de vous présenter ce patient âgé de 71 ans, ATCD : Tabagique chronique depuis 40 ans. il y a 10 ans + Luxation négative de l'épaule droite + Opérée par le Dr. Rachid Ben Youssef des Postopératoires non documentés il y a 28 ans.

Suivi dans notre formation pour un Rhumatisme psychosocial probablement retenu sur des critères clinique et radiologique.

Associé probablement à une anthropathie ménervante d'origine

Syphilitique au niveau du Rachis. Cela qui ne TDM

de tout le rachis est indiqué ~~à proposer~~ à la recherche

des signes d'anthropathie au niveau du Cours arrivant

jusqu'à ~~le~~ rachis genoux.

Bilan général : normal

Urie = 0,40 g/L
Creat = 9,64 mg/L

Signature de médecin

Dr. Nofema EL MANSOURI
Résidente en Rhumatologie
CHU - Tanger

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE TANGER



Quittance N°586417

Hôpital : HR Mohamed V

Reçu de M AAZIZ AHMED

LE :

N° d'admission : 2418/E/23
N° de facture : 4403/23

16/01/2023 11:56



NATURE DE LA RECETTE	SOMME
IDM - ACTE DE SCANOGRAPHIE. L'EXAMEN EFFECTUÉ À L'AIDE D'UN APPAREIL DE TOMODENSITOMÉTRIE, QUEL QUE SOIT LE NOMBRE DE COUPES NÉCESSAIRES, AVEC OU SANS INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE, D'UNE DES RÉGIONS ANATOMIQUES SUIVANTES: TÊTE; COL; THORAX; ABDOMEN; PELVIS; MEMBRES; RACHIS	700.00 DH

TOTAL : 700.00 DH

La somme de :

##SEPT CENTS DIRHAMS ##

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Tanger le : 16.01.23

Nom et Prénom : AZIZ Ahmed

Examen demandé : T.O.T Rachis + Genoux

COMPTE RENDU

- Technique : A.H.C.
- Résultat :
 - Au niveau du rachis
 - . Remaniements diférentiels élyptor avec pincement et air discale et ostéophytose
 - . Ces anomalies prédominent au niveau lombaire avec déformations scoliose à convexité droite et bloc vertébral L₂-L₃
 - . Artrose zygapophysaire lombaire élyptor prédominant en L₄-L₅ droite où existent des remaniements importants avec ossifications péri-articulaires
 - . Absence de rétrécissement canalaire
 - . Anatomie des ossifications de l'aile iliaque droite, s'étendant dans les parties molles, au niveau des côtes avec synostose partielle entre la première et la deuxième côte gauche.
 - . Calcifications et ossifications péri-articulaires au niveau des deux epaules prédominant à droite
 - Au niveau des genoux
 - . Destruction et déformations des extrémités articulaires avec multiples ossifications accolées à l'os et péri-articulaires
 - . Les plus grandes ossifications mesurent à droite : l'une part du condyle

fémoral interne remet 9cm en longeur et se dirige en haut, présente un aspect en aiguille

. La deuxième ossification est parallèle au flanc, le long de sa face externe, sur les 3/4 environ de sa hauteur et mesure 22mm avec un aspect de lame de sabre

Épanchement articulaire de moyenne abondance, avec épaississement régulier de la synoviale. Les ossifications sont en majorité péri-articulaires

Cat. Aspect TDA compatible avec une ostéopathie neuropathique avec importantes ossifications péri-articulaires et juxta-articulaires

Dr Elouafi

Dr. EL QUAFI Nabila
RADIOLIGUE
IP 16000 5369
CHR Tanger