

# 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

- Reclamation : 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.

N° W21-777631

AS4899

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8888

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SABR

MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661333848

Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....  Enfan

Lien de parenté :

Lui-même

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 28/03/2023

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
				INP : <input type="text"/>

## 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
	11/13/23	6000 4000 - DELIVERED	48000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram illustrates the human mandible (lower jawbone) in an anatomical position. The teeth are numbered from 1 to 8 on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid on the diagram, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, the diagonal axis labeled 'G' on the right, and the vertical axis labeled 'B' at the bottom. The numbers 1 through 8 are placed near the corresponding teeth to indicate their position and number.

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

ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION**

وصفة طبية  
Ordonnance

9.3.23

Casablanca, le :

Mr Sabri Mohamed

faire Sp'

1/ Echographie

Admino - felysme

RC : GIST gant

Gastrectomie - Splenectomie -  
partielle

RADIOLOGIE ANGULAI 111  
Onologie & Diagnostic du Maroc  
ICE/0016210000058  
121 Bd Anouar  
Tel: 05 22 86 09 99 - GSM: 06 63 57 42 60

Ex : Endoskopie en regard  
Gastritis

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur WAFAA AAKANI - Chirurgie Hépatique  
121 Bd Anouar Casablanca - Maroc  
Tél: +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Dr Chakib BENNANI-SMIRÉS | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

**M U P R A S**

Nº Admission : 23002575      N° Facture : 23002503 Date facturati 17/03/2023

Nom et prénom du patient : Mr      **SABRI MOHAMED**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO ABDOMINO PELVIENNE	1.00	480.00	480.00
		Sous-Total	<b>480.00 DH</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Quatre cent quatre-vingt dirhams**

**Total : 480.00DH**

Adhérent : MR SABRI MOHAMED	Part organisme	0.00 DH
Mle : 08811	Part patient	480.00 DH
PC N° :		



Casablanca, le 17 Mars 2023

**MR. SABRI MOHAMED**

## COMPTE RENDU

### ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne

#### Indication :

- Patient de 56 ans, *GIST* gastrique, opéré le 27 Décembre, *gastrectomie + splénectomie*.
- Douleurs de l'hypochondre gauche.
- A l'examen, induration en regard de la cicatrice.

#### Résultat :

##### A l'étage abdominal :

- Le foie est homogène dans son ensemble, en dehors de quelques formations nodulaires hyperéchogènes compatibles d'angiome hépatique (segment III et IV).
- Il s'y associe un kyste bilaire para-vésiculaire de 11 mm.
- Répartition normale des veines sus hépatiques sans signe de distorsion.
- Vésicule bilaire libre, alithiasique, à paroi fine.
- Pas d'anomalie décelable pancréatique ou splénique.
- Les reins sont de taille et de situation normales, bien différenciés, sans lésion parenchymateuse visible ni dilatation pyélocalicielle.
- Pas d'adénopathie profonde nettement visible.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Le balayage de la cicatrice de gastrectomie ne montre pas d'anomalie ni collection individualisable.

##### A l'étage pelvien :

- Vessie sans anomalie pariétale ou endoluminale.
- Prostate d'échostructure homogène, ses biométries restent dans les limites de la normale.
- Pas d'épanchement pelvien décelable.

##### Au total :

- Echographie ne montrant pas d'anomalie notable tant à l'étage abdominal que pelvien.
- Le balayage de l'induration en regard de la cicatrice ne montre pas de collection visible.

DR. A. BELHAJ SOULAMI