

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 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

M22- 54352

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1310 Société : BAF
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Permissi Abdelaziz
 Date de naissance : 11/11/1951
 Adresse :
 Tél. : 0661410077 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BOUTI FATIHA Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Maladie de Chronique
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/04/23	2935,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

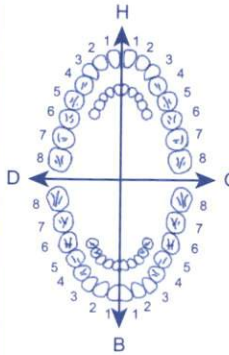
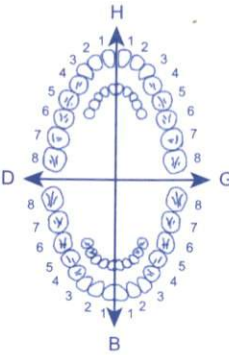
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
(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



PHARMACIE YASMINE
207 Bd Sidi Abderrahman Hay El Hana

R.C :150542

Patente:34810518

T.V.A :

C.N.S.S:7152755

Tél :022 36 54 72

Le 17/04/2023

FACTURE N°306160

N° ICE : 001596583000029

N° IF : 51330009

BOUTI FATIHA

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
5	PENTASA	587,00	2 935,00	192,01	7,00

PHARMACIE YASMINE
207, Bd. Sidi Abderrahman Hay El Hana
CASABLANCA
Tél : 05 22 36 54 72

PENTASA 500 mg
100 comprimés
PPV : 587,00 DH
AMM N° 38 DMP / 21/NRQ
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1,27182 Bouskoura
6 118001 070459

PENTASA 500 mg
100 comprimés
PPV : 587,00 DH
AMM N° 38 DMP / 21/NRQ
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1,27182 Bouskoura
6 118001 070459

PENTASA 500 mg
100 comprimés
PPV : 587,00 DH
AMM N° 38 DMP / 21/NRQ
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1,27182 Bouskoura
6 118001 070459

PENTASA 500 mg
100 comprimés
PPV : 587,00 DH
AMM N° 38 DMP / 21/NRQ
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1,27182 Bouskoura
6 118001 070459

PENTASA 500 mg
100 comprimés
PPV : 587,00 DH
AMM N° 38 DMP / 21/NRQ
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1,27182 Bouskoura
6 118001 070459

TOTAL T.T.C :

2 935,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	2 935,00	Montant :	192,01	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	----------	-----------	--------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Deux Mille Neuf Cent Trente Cinq Dirhams.

DOCTEUR RABIA BENCHEQROUN

Spécialiste des Maladies du Foie,
Tube Digestif et Pancréas

الدكتورة ربيعة بنشقرون

إخصائية في أمراض الكبد،
الجهاز الهضمي والبنكرياس

Mme BOUTI FATIHA

Casablanca, le 06/06/2022

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

CLINIQUE :

patiente âgée de 69 ans; ATCD (maladie de Crohn + DNID). Aucun ttt depuis 2015 avec persistance diarrhée liquidienne + douleurs abdominales.

EXAMEN réalisé avec l'échographe ARIETTA 50 de Fuji Film Hitachi, par sonde abdominale convexe de basse fréquence (2-5 MHz).

FOIE : taille normale, échostructure homogène, contours réguliers.

TRONC PORTE et ses branches : calibre normal : perméables et de sens physiologique.

VOIE BILIAIRE PRINCIPALE : calibre normal; VOIES BILIAIRES INTRAHEPATIQUES : fines, non dilatées.

VEINES HEPATIQUES : calibre normal, perméables, bien modulées au doppler pulsé.

VESICULE BILIAIRE : volume normal, bien remplie, à contenu transonique, à paroi fine, ne contenant pas de calcul (s).

RATE : taille normale (13 cm de grand axe), les 2 faces sont d'aspect normal (face diaphragmatique costale arrondie et face interne concave à bord crénelé), échostructure homogène, contours réguliers.

PANCREAS : bien exploré, taille normale, échostructure homogène, contours réguliers ; canal de Wirsung et cholédoque non dilatés.

REINS DROIT et GAUCHE : situés dans les fosses lombaires, taille normale, échostructure homogène, contours réguliers; absence de dilatation pyélo-calicielle; bonne différenciation cortico-médullaire; pas de calcul(s) visible (s).

ABSENCE d'ADP profondes

ABSENCE d'épanchement intra-péritonéal

CONCLUSION :

Echographie abdominale normale.

DOCTEUR RABIA BENCHEQROUN

الدكتورة ربيعة بنشقرون

Spécialiste des Maladies du Foie,
Tube Digestif et Pancréas - Proctologie554, Bd. Goulmima, Etage N° 1 - Bourgogne - Casablanca
bencheqroungastro@gmail.com - 05 22 430 363 / 06 64 292 293

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :
Nom et Prénom de l'adhérent :
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

présente une maladie inflammatoire chronique de l'intestin = Maladie de Crohn

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

*Diagnostic basé sur l'histologie des biopsies coliques + Colproctite chronique
Elle est candidate à un HT par HUMIRA injection 1/1/1
curative*

Cachet, date et signature du praticien

DOCTEUR RABIA BENCHEGBOUN
091 22 22 22
Spécialiste des Maladies du
Tube Digestif et du Rectum - Proctologie
554, Bd. Gounoum, Etage 1, N°1 - Bourg. du - Casablanca
benchechgoun@mgma.com - 05 22 430 363 / 06 64 292 193

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.