

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

- 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.

M22- 0024003

Optique Autres

263824

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2299

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHATHINE AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/03/2013

Nom et prénom du malade : CHATHINE Ahmed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Tumore bronchique

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 : Rabat

Le : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12-11-2013 | | | Chirurgie | Dr Mounia BOUAFAR Oncologie - Radiologie INPE - 03127157 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|---------------|------------------------------|------------------------|
| Télé: 05 37 67 17 17 - Fax: 05 37 67 29 29 CE: 00169105500004 - INPE: 100063668 | NOVEMBRE 2013 | Radiologue | 3322,500 H |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

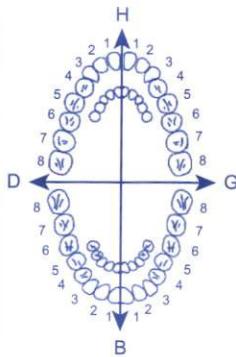
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 |
| 00000000 | 35533411 |
| B | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE

TEL : 05 37 67 17 17 / 06 66 97 43 41
FAX : 05 37 91 03 00 // 05 37 67 29 29

F A C T U R E

N° 6 939 / 2023 du 17/03/2023

| | | | |
|-----------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient | CHAHINE AHMED | Entrée 17/03/2023 | Sortie 17/03/2023 |
| Prise en charge | PAYANT | | |

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|-------------|------------|-------------------|-----------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> | | | | |
| IRM CEREBRALE | 1.00 | K | 3 000.00 | 3 000.00 |
| | | | Sous-Total | 3 000.00 |
| PHARMACIE | 1.00 | | 322.50 | 322.50 |
| | | | Sous-Total | 322.50 |
| Total Frais Clinique | | | | 3 322.50 |

| | | |
|--|----------------------|-----------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS MILLE TROIS CENT VINGT-DEUX DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES | Total général | 3 322.50 |
| | | |

| Encaissements | Espèces | Carte Bq | Total encaissé | Solde |
|---------------|---------------|-----------------|-----------------|-------------|
| | 322.50 | 3 000.00 | 3 322.50 | 0.00 |

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22 Avenue Ahmed Balafrej, Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 67 17 17 - Fax: 05 37 67 29 29
ICE : 001691055000094 - INPE : 100063668

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE

TEL : 05 37 67 17 17 / 06 66 97 43 41

FAX : 05 37 91 03 00 // 05 37 67 29 29

BILLET DE SORTIE

| | | |
|---|-------------|----------|
| Nom du patient : CHAHINE AHMED | | |
| Chambre : CHAM. 18 | | |
| Médecin traitant BACHOUCHI * | | |
| Prise en charge MUPRAS | | |
| Date entrée 06/04/2023 | | |
| Date sortie 14/04/2023 13:18 | | |
| | | |
| Le caissier | L'infirmier | Le major |
| Billet de sortie établi par : IBTISSAM 14/04/2023 14:09 23-065347 | | |

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Balafréj, Bouskoura - Casablanca
Tél : 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29 29
ICP : 001091055000094 - INPE : 100063668

RABAT Le 17/03/2023

Nom et Prénom : Mr. CHAHINE Ahmed
Médecin traitant : Dr M.BOUFARES

IRM CEREBRALE

INDICATIONS : tumeur pulmonaire, bila d'extension

TECHNIQUE : Examen réalisé dans les trois plans de l'espace, en séquences pondérées T1, T2, FLAIR, T2EG, diffusion et séquences T1 après injection de produit de contraste.

RESULTAT :

A l'étage sus-tensoriel :

- Processus lésionnel intra-axial occipital gauche, mesurant 50 x 35mm de diamètres transverses et étendu sur 45mm, en grande partie nécrosé, de signal hétérogène, se présentant en franc hyposignal T1, hypersignal T, signal intermédiaire Flair, hypersignal Diffusion et rehaussé en couronne périphérique irrégulière après injection du produit de contraste.
Il est entouré par une plage d'œdème péri lésionnel en hyposignal T1, hypersignal T2, Flair, exerce un effet de masse sur les sillons corticaux adjacents, la corne occipitale et le VL homolatéral.
On note un second ^processus présentant les mêmes caractéristiques de siège frontal gauche, mesurant 18 x 15 de diamètres transverse et étendu sur 16.5m de hauteur.
- Anomalies de signal punctiformes et d'autres confluentes de la substance blanche périventriculaire, en hypersignal T2, Flair, sans restriction de la Diffusion et sans prise de contraste, d'allure vasculaire chronique.
- On ne note pas de lésion ischémique ou de foyer hémorragique récemment constitués.
- Structures de la ligne médiane en place.
- Absence de collection sous ou extra-durale.

A l'étage sous-tentoriel:

- Absence d'anomalie de signal bulbo-protubérantielle ou hémisphérique cérébelleuse.
- V4 en position médiane.
- Absence de prise de contraste suspecte.

NB : petit angiome pariétal gauche.

CONCLUSION:

Aspect IRM compatible avec des localisations secondaires sus-tentorielles.

📞 +212 (5) 37 67 17 17
📞 +212 (5) 37 67 29 29

RIB BP : 181 810 2121100580490017 09 - PATENTE : 25907010 - IF : 24941127 - ICE : 001691055000094 - RC : 127915

CNSS : 5718872 - INPE : 100063668

Dr. F. BENCHAKROUN
Radiologue
CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Ben Aït - Rabat
L.D. +212 (5) 37 66 41 55
Tél: +212 (5) 37 67 17 17 / +212 (5) 37 67 29 29
E-mail: linpe@co16.ma