

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

- 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.

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-811475

169391

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9063 Société : R. AM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL KHALID ABDELLAH
 Date de naissance : 20/05/1967
 Adresse : 15 Rue Henri Moreau Apt 13
 VAP Fleuri TARI F
 Tél. : 06 6134 2201 Total des frais engagés : 1300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/05/2023
 Nom et prénom du malade : EL KHALID Abdelilah Age: 56

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleurs Abdominales

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 : EL KHALID Le : 04/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
04/05/2023	Scanner	1	67	INP : 071218519

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/05/2023	Voir Facture	1300 DH

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

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	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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>														
	<table border="1"> <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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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														

ORDONNANCE

Mr. EL Khalid ABDELILAH

Prière de faire

TDM ABDominale

Polyclinique EL Kelaa
Boulevard Youssef Ibn Tachfine
El Kelaa des Sraghna
Tél : 05 24 41 02 02 / 05 24 41 46 46

Dr. AZIZ SOUFI
ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR
POLYCLINIQUE EL KELAA
Boulevard Youssef Ibn Tachfine
El Kelaa des Sraghna
Tél : 05 24 41 02 02 / 05 24 41 46 46

DR. EL KHAYAT
Boulevard Youssef Ibn Tachfine
El Kelaa des Sraghna
Tél : 05 24 41 02 02 / 05 24 41 46 46

POLYCLINIQUE EL KELAA

Boulevard Youssef Ibn Tachfine, Lot 10,11 ENNAKHI

Tél : 0524 41 02 02 / 0524 41 46 46

FACTURE

Date : 04/05/2023

070062633

Numéro : 8 224

Nom patient : EL KHALID ABDELILAH

Médecin :

23E041148

PAYANT

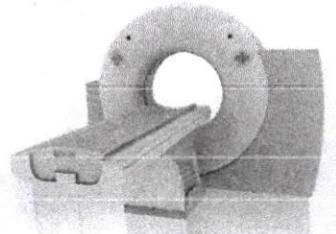
	Montant
TDM ABDOMINALE	1 300,00

Total 1 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :

MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

DR. EL KHALID ABDELILAH
POLYCLINIQUE EL KELAA
Boulevard Youssef Ibn Tachfine, Lot 10,11 ENNAKHIL
Tél: 0524 41 02 02 / 0524 41 46 46



04/05/2023

El kelaa, le

NOM ET PRENOM : EL KHALID ABDELILAH
MEDECIN : PCK

TDM ABDOMINO-PELVienne

TECHNIQUE :

Acquisition spiralee sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

- Foie de taille normale de contours reguliers et de densite siége de microkystes au nombre de 4 dont le plus volumineux de 6 mm au niveau du segment VI
- La vesicule biliaire est de volume normal, a paroi fine, sans lithiase radiodense visible.
- VBP et VBIH non dilatees.
- Reins d'aspect morphologique et fonctionnel normal avec kyste mediorenal droit mesurant 27x21 mm
- Rate et pancreas d'aspect normal.
- Vessie ne presente pas d'anomalie parietale ou endoluminale.
- Absence d'epanchement peritoneal.
- Absence d'adenopathies profondes.
- Sur le filtre osseux : arthrose sacro iliaque anterieure bilaterale

Au niveau cervical :

La glande thyroide est de taille normale homogene
Absence de nodule parathyroïdien decelable

CONCLUSION :

Microkystes hepatiques compatibles avec des microkystes biliaires.
Kyste renal droit type 1.