

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0014257

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4425 (4425) Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ECH-CHAHAD Abdennadim 192789

Date de naissance : 14-06-1962

Adresse : Lot Kamel II N°63 Settat

Tél. : 0661439692 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. WATIK HANANE
Médecin Spécialiste en
Hématologie Clinique et
Oncologie Pédiatrique
INSEE : 001257450

Date de consultation : 21/11/2023

Nom et prénom du malade : Ech-chahad Abdennadim

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Lyphome n°1

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) :

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21/11/23 | C-S | 200dh | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 21/11/23 | Echo Abdo | 3000 DH |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

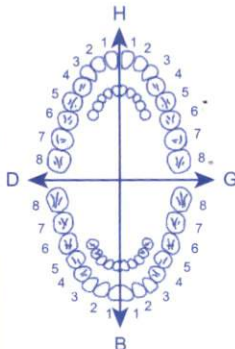
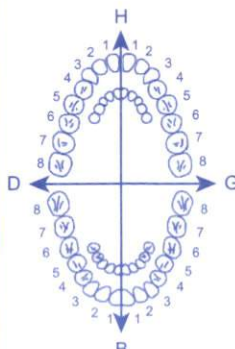
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 canaux, 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <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 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [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

Docteur Hanane Wafik

Médecin Spécialiste en Hématologie Clinique
Adultes-Enfants

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CASABLANCA

ANCIEN MÉDECIN À L'HÔPITAL
UNIVERSITAIRE 20 AOÛT
-CASA BLANCA-



ORDONNANCE

الدكتورة حنان وفيق

طبيبة إختصاصية في أمراض وسرطان الدم
للکبار والصغار

خریجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة سابقة في المستشفى
الجامعي 20 غشت
بالدار البيضاء-

Settat Le :

20/11/2023

Ech-chahad Abdouahim

- Age = 61 ans

- Suivi pour ne leger

Lymphopénie

J'ai SUP Echo-Abd

Dr. WAFIK HANANE
Médecin Spécialiste en
Hématologie Clinique et
Oncologie Pédiatrique
INPE : 061257150

Appt N°1 Immo 138 Boulevard Zerktouni Quartier Smaâla - SETTAT -

(امام مخفر شرطة الحوادث)

Tél : +212 (0) 5 23 40 10 70 Gsm: +212 (0) 7 60 77 11 70 (Urgences) E-mail : wafik.hanane@yahoo.fr

FACTURE

N° : 23009818 Du : 24/11/2023

Patient : ABDERRAHIM ECH-CHAHAD

Prise en charge : PAYANT(MUPRAS (RAM))

Admission : 24/11/2023

N° Dossier : 23009539

Sortie : 24/11/2023

| Désignations des prestations | Nombre | Lettre clé | Prix unitaire | Prix total |
|------------------------------|--------|-----------------|---------------|------------|
| RADIOLOGIE | 1 | ECHO ABDOMINALE | 300.00 | 300.00 |
| | | | Sous-Total | 300.00 |
| Total clinique | | | | 300.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois cents dirhams

Total brut : 300.00

Remise : 0.00

Total net : 300.00

Matricule :

Adhérent :

Affiliation :

N° prise en charge :

CIN : Q65094

Code clinique :

ICE :

Part organisme :

0.00

Part patient :

300.00

CLINIQUE AZUR SARL
Lot A, Avenue Bir Anzarane - SETTAT
ICE : 062737085000095 (1)
INPE : 060065158

Settat , le 24/11/2023

Nom et prénom: ECH-CHAHAD ABDERRAHIM
N Dossier:23009539
Médecin prescripteur:DR WAFIK HANANE

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE.

RESULTATS :

- Météorisme abdominal important gênant l'examen toutefois on note:
- Foie de taille normale, de contours réguliers, d'échostructure hyper échogène homogène sans lésion focale décelable.
- Vésicule biliaire semi pleine alithiasique.
- Absence de dilatation des VBIH et de la VBP.
- TP de calibre normal perméable.
- Pancréas de taille et d'aspect normal.
- Rate de taille normale, elle mesure 12 cm de grand axe , d'échostructure homogène sans lésion focale décelable.
- Reins de taille normale de contours réguliers, bien différenciés sans dilatation des cavités excrétrices et sans syndrome de masse.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Absence de collection abdominale profonde
- Absence de visualisation d'appendice normale ou pathologique.
- Absence d'adénopathies abdominales profondes.
- Vessie pleine à paroi fine et à contenu homogène.
- Prostate augmentée de volume mesurant 57 ml d'écho structure homogène.
- Absence d'épanchement pelvien.

CONCLUSION:

- **Aspect échographique d'une stéatose hépatique diffuse et homogène.**
- **Absence de splénomégalie.**
- **Hypertrophie prostatique modérée et homogène.**


Cordialement
DR DOUMIRI MERIEM