

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.



195024

Déclaration de Maladie : N° S19-0046231

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4236 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HARAKAT Wafa Date de naissance : 25.06.1954
Adresse : Dar Oulak, Rue J. El Agoury - CL - Cas
Tél. : 0663 444 000 Total des frais engagés : 780, Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr BENISER Abdellatif
Onco-Radiothérapeute
INP N° 091035857

Date de consultation : 17/11/2023
Nom et prénom du malade : HARAKAT Wafa Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Néoplasie du col utérin
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 : Casa Le : 06/01/2024
Signature de l'adhérent(e) :


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


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
17/11/23	CS		300,00	

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
	27/11/23	Edye Modemmo Belkhouane	420,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

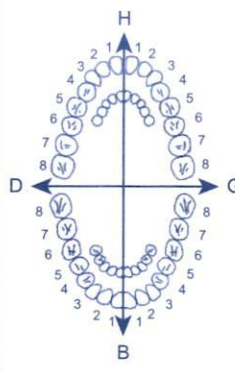
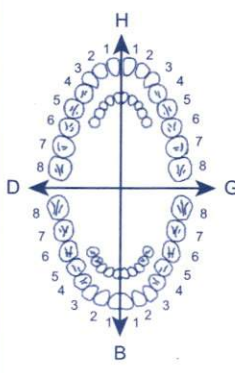
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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																
	<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																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



Pr. A. Acharki

Onco-Radiothérapeute

Dr. O. Alami

Onco-Radiothérapeute

Dr. H. El Boussairi

Onco-Radiothérapeute

Pr. A. Benider

Onco-Radiothérapeute

Mardi AM / Jeudi AM

Pr. S. Sahraoui

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

Pr. N. Tawfiq

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Mercredi AM

Pr. N. Benchakroun

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Jeudi AM

Pr. Z. Bouchbika

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

Dr. S. Mouafik

Onco-Radiothérapeute

Dr. C. Lahmamssi

Onco-Radiothérapeute

Dr. A. Iraqi

Onco-Radiothérapeute

Pr. BENIDER Abdelkader
Onco-Radiothérapeute
INP N° 091035857
17/11/2023

7- HAKAKAT waf

CSM de Mr.

Tracte par radioth

plus chirurgie. Ne

notion de lymphoide

petit

Eding Abd. pevine

FACTURE

N° de l'admission : 23010155 N° Facture : 23009916 Date facturation : 27/11/2023
Nom et prénom du patient : **Wafa HAKAKAT**
Convention : **PAYANT MUPRAS (RAM)**
Traitement : **Examen radiologie** Entrée: 27/11/2023 Sortie: 27/11/2023

PRESTATIONS		Nombre	Prix unitaire	Montant
	ECHO ABDOMINO PELVIENNE			384.00
			Sous-Total	384.00
PRESTATIONS EXTERNES		Nombre	Prix unitaire	Montant
	DR EL GHAZI MOHAMED			96.00
			Sous-Total	96.00

RETENU HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenu
DR EL GHAZI MOHAMED	10	96.00	9.60
		Sous-Total	9.60

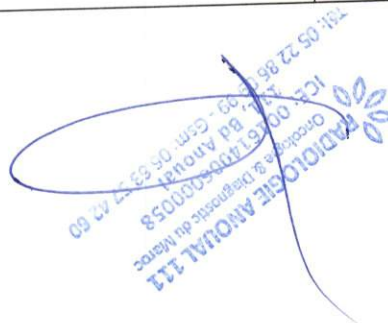
arrêtée la présente facture à la somme de :
Quatre cent quatre-vingt dirhams

Total : 480.00

Part patient 480.00

Notre compte bancaire :

Adhérent : MME HAKAKAT Wafa
Mle : 0004236
PC N°



Casablanca, le 27 Novembre 2023

MME. HAKAT WAF

COMPTE RENDU

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
- La vésicule biliaire est alithiasique, à paroi fine, non distendue.
- VBP et VBIH fines.
- Pancréas et rate de taille normale, homogènes.
- Reins de situation lombaire, de dimensions normales, avec une bonne différenciation cortico-sinusale, siège à gauche d'une dilatation importante des cavités pyélocalicielles réduisant l'index cortical par endroit, mesurant en médio-rénal 9mm d'épaisseur maximale sans image d'obstacle décelable
- Absence d'épanchement liquidien intra-péritonéal.
- Absence d'adénopathies profondes écho-décelables.
- Vessie semi-pleine, sans anomalie pariétale ou endoluminale.
- Loge d'hystérectomie libre.
- Epaississement pariétal sigmoïdien sensible au passage de la sonde mesurant 6mm d'épaisseur maximal circonférentielle et régulier d'allure post-radique.

Conclusion :

- Hydronéphrose importante gauche sans image d'obstacle décelable à la limite de cet examen.
- Epaississement pariétal sigmoïdien d'allure post-radique vu le contexte.

DR EL GHAZI MOHAMED

RADIOLOGIE ANOUAL 111
Oncologie & Diagnostic du Maroc
ICE: 001614006000058
111, Bd Anoual
209 99 - Gsm: 06 63 57 42 60

DR EL GHAZI MOHAMED
Médecin Spécialiste en Radiologie
Interventionnelle

RADIOLOGIE ANOUAL 111
Oncologie & Diagnostic du Maroc
ICE: 001614006000058
111, Bd Anoual
209 99 - Gsm: 06 63 57 42 60