

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

N° W19-559227

ND: 36.816

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11646 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MOU MABIK FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2662 128063 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

[Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/01/2020 | | | 150 dh | INP : 0612338899 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

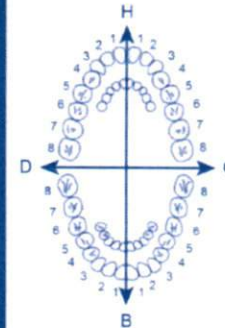
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| | 09/01/2020 | Uroscopie | 1600 (DH) |

AUXILIAIRES MEDICAUX

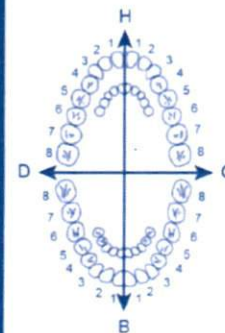
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|------------|------------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| B | |
| D 00000000 | G 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Berrechid le : 24/08/2022

NOM & PRENOM : MOUNABIR FATIHA
EXAMEN : UROSCANNER

COMPTE RENDUTECHNIQUE :

Examen réalisé en séquences spiralées reconstruites en coupes fines de 2,5mm d'épaisseur sans et avec injection du PDC aux temps artériel, portal et tardif. Reconstructions coronales et sagittales.

RESULTAT :

Foie de taille normale, de contours réguliers rehaussé de façon homogène après injection du produit de contraste sans lésion focale décelable.

Vésicule biliaire de taille normale sans anomalies pariétale ou endoluminale décelables.

Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques.

Tronc porte et veines sus hépatiques perméables et de calibre normal.

Reins en position lombaire habituelle:

–**Rein droit** mesure 99 mm de hauteur. Ses contours sont réguliers.

–**Rein gauche** mesure 110,5 mm de hauteur. Ses contours sont réguliers.

Ils sécrètent et excrètent le produit de contraste de façon bilatérale, symétrique et synchrone dans les délais normaux.

Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles.

Absence d'image d'obstacle visualisé au niveau des voies urinaires excrétrices.

Aspect normal de la rate, du pancréas, du parenchyme rénal et des surrénales.

Vessie en semi réplétion sans anomalies pariétale ou endoluminale décelables.

Aspect libre des méats urétéraux.

Absence d'image de masse annexielle.

Absence d'adénomégalie profonde.

Absence d'épanchement péritonéal.

Sur les coupes passant par les bases pulmonaires on ne retrouve pas de foyer pleuro-pulmonaire d'allure évolutive.

En fenêtre osseuse: absence de lésion osseuse à caractère péjoratif.

AU TOTAL :

Uroscanner ne révélant pas d'anomalie notable.

À confronter aux données cliniques et au reste du bilan.

CLINIQUE IBN ZOHR



مصحة ابن زهر

Berrechid le : 04/08/2020

F A C T U R E

Facture N° : 000817/2020 CIZ RX

مصحة ابن زهر
Clinique IBN ZOHR
46, Lot El Amal - Berrechid

Nom du Patient : MOUNABIR FATIHA

Nature de l'exame : UROSCANNER

Médecin : Dr . NAWFAL ABOU IBADALLAH

| Nature de l'examen | Prix DH |
|--------------------|-----------|
| UROSCANNER | 1600,00DH |

مصحة ابن زهر
Clinique IBN ZOHR
46, Lot El Amal - Berrechid

Docteur Karim TOUNSI

Chirurgien Urologue

Pathologie Lithiasique

Endoscopie

Reins - Vessie - Prostate

et voies Génitales

Infertilité Masculine

Santé Sexuelle

Circconcision



الدكتور كريم التونسي

جراحة الكلي والمسالك البولية

أمراض الحصى

الجراحة بالمنظار

الكلي المثانة البولية

البروستاتة - المسالك التناسلية

العقم عند الرجال

الصحة الجنسية

الختانة

برشيد في : 23/07/2010 Berrechid, le :

me Mounabir Fatima

✱ F. Gaye
suivie pour un de Vessie
Grosse tumeur

⇒ faire S.V.T au Uro Scanner
avec temps tardif

CLINIQUE IBN ZOHR



مصلحة ابن زهر

RECU DE VERSEMENT

DATE : 04/08/2020

Nom et prénom : MOUNTABIR FATIHA

Prestations : 4 Gros canner

Honoraires : 1600 DH

N° de téléphone : 06 - 62 10 80 63

Nom assurance ou mutuelle : MAPS

Medecin : Dr Tounsi

CIN : B 11 137526

PAYE

مصلحة ابن زهر
Clinique IBN ZOHR
Lot El Amal - Berrechid

Signé :