

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 44853

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EDDAHAR AMAL

Date de naissance : 1957

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

1055,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : Casa

Le : 11/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>MAJALFA 340</i>	30.10.22	281.40

#### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>RADILOGIE ANFA 3, Imp. Commercial Route d'Azrou Bd. Sidi Abderrahmane - 50000 Agadir Tél: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 00 01</i>	03.10.22	Z 46	460,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 <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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">B</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">35533411</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
				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"/>												



مركز الفحص بالأشعة  
"حي الحسني - أنفا"

03/10/2022

Casablanca, le -----

Facture N° 3100/10/2022

Nom patient : EDDAHAR AMAL

Examen(s) réalisé(s) : RX EPAULE ROTATION INTERNE+EX

Date Examen(s) : 03/10/2022

Montant : 460 DH

Montant Produits : 0,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
MONTANT TOTAL :  
**QUATRE CENT SOIXANTE DIRHAMS**

10, Imm. Communal Route d'Azemmour  
Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca  
tel : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - IF : 2221555 - ICE : 001686337000022

Dr Noureddine AMRI  
Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique  
Diplômé de la faculté de médecine  
de Montpellier

ARTHROSCOPIE  
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE  
CHIRURGIE DE LA MAIN  
CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE  
MICROCHIRURGIE  
CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES  
CHIRURGIE DU SPORTIF



الدكتور نور الدين العامري  
اختصاصي في جراحة  
العظام والمفاصل  
خريج كلية الطب بمونبولي  
طبيب سابق بمستشفيات فرنسا  
جراحة أمراض الروماتيزم  
جراحة المفاصل بالمنظار  
جراحة اليد  
الجراحة التقويمية

Le : 03 / Nov 2011

M : EDDANAN AMRI

N

de  
RADIOLOGIE HAY HASSANI  
10, Imm Communal Route d'Azemmour  
Bd Sidi Abderrahmane - Casablanca  
05 22 89 62 89 - 05 22 89 62 89 - 07 07

deux épaules  
Rotation Delt  
Rotation Epaule





**Dr. O. Alami**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

**Dr N. Faris**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

03/10/2022

**PATIENT : Mr. EDDAHAR AMAL**  
**MEDECIN TRAITANT : NOURREDDINE AMRI**  
**EXAMEN(s) REALISE(s) : RX EPAULE ROTATION INTERNE+EXTERNE**

**Cher Docteur,**  
**Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.**

**Rx DES EPAULES FACE**  
**ROTATION INTERNE ET EXTERNE**

**On note de manière bilatérale :**

- ✓ Un acromion proéminent réduisant l'espace sous acromio huméral, plus prononcé en rotation externe.
- ✓ Un trochiter hétérogène, avec un enthésophyte en regard à droite.
- ✓ Un interligne articulaire scapulo huméral de largeur normale avec un aspect régulier des berges articulaires.
- ✓ Articulation acromio claviculaire d'aspect radiologique normal.

**AU TOTAL**

**Aspect de conflit sous acromial de manière bilatérale avec enthésopathie associée surtout droite.**

**RADILOGIE HAY HASSANI**  
 Confraternellement  
**DR O. ALAMI**  
 10, Imm. Communal, Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca  
 tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

**Dr Noureddine AMRI**  
Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique  
Diplômé de la faculté de médecine  
de Montpellier

**ARTHROSCOPIE**  
**CHIRURGIE PROTHÉTIQUE**  
**CHIRURGIE DE LA MAIN**  
**CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE**  
**MICROCHIRURGIE**  
**CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES**  
**CHIRURGIE DU SPORTIF**



الدكتور نور الدين العامري  
إختصاصي في جراحة  
العظام والمفاصل  
خريج كلية الطب بمونبولي  
طبيب سابق بمستشفيات فرنسا  
جراحة أمراض الروماتيزم  
جراحة المفاصل بالمنظار  
جراحة اليد  
الجراحة التقويمية

Le : 03/10/2022

W ednesday Aug

100.40

Brechin Corp

2

2180

Mark

3

۱۲۰

Andrea Set 

LOT 224083  
EXP 03/24  
PPV 21DH80

2070

1 / 1

$\gamma^{\prime \prime} \gamma +$

LOT:0925/FC22  
EXP:03/25  
PPC:52.50DH  
Tube de 60g

120,70

LOT 21024  
SER 09/25  
PPV 1200H70

29740  
EXTENSION  
Sociedad  
APLANCA  
340

Angle Route Azemmour et Bd Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B, 3<sup>ème</sup> étage N° 6 - Casablanca  
Tél. : 05 22 89 62 89 - Patente : 35005300 - ICE : 002191109000066 - IF : 40273019