

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.

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° W21-705401

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3735 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Kehen Ouafae

Date de naissance : 16/05/1978

Adresse :

Tél. : 0661067136 Total des frais engagés : 980,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/06/2023

Nom et prénom du malade : Kehen Ouafae

Age : 45 ans

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

Nature de la maladie : Neoplasme (Cancer) - Adénocarcinome

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) :

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
20.06.23				
06.07.23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

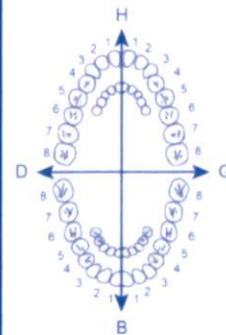
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/07/23	Casablanca	680 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

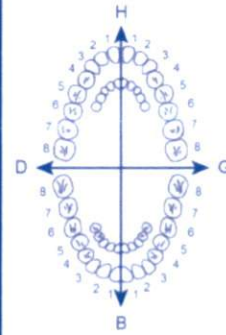
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[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



Casablanca, le.....20-06-73.....

Date

Mme KOHEN OUAFAË

osteodensitometrie

Dr. Naoufal Mennou
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologie et Thérapie Casablanca
Rue de l'Ordre, Casablanca
Tél: 315 22 77 81 87

RADIOLOGIE ANCIAL 111
Oncologie & Diagnostic du Maroc
Tél: 06161400600053
111, Bd Anoual
22 80 0001, Casablanca



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU

Oncologue - Radiothérapeute

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

06/07/2023

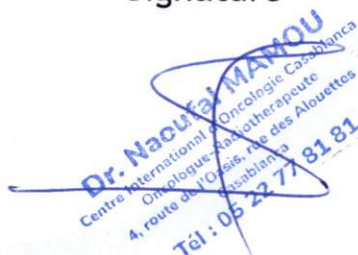
Facture N°: FC2307005367

Mme KOHEN OUAF AE

Acte : Consultation

Prix : 300 Dhs

Signature


Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue - Radiothérapeute
Centre International d'Oncologie Casablanca
4, route de l'Oasis, rue des Alouettes
Tél : 05 22 77 81 81

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma

IF : 14402100 - ICE : 001645198000028

F A C T U R E

N° de l'admission : 23005793 N° Facture : 23005634 Date facturation : 04/07/2023
Nom et prénom du patient : **OUAFAE KOHEN**
Convention : **PAYANT MUPRAS (RAM)**
Traitement : **Examen radiologie** Entrée: 04/07/2023 Sortie: 04/07/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
OSTEODENSITOMETIE			544.00
		Sous-Total	544.00

PRESTATIONS EXTERNES	Nombre	Prix unitaire	Montant
DR FARAJ HAMZA			136.00
		Sous-Total	136.00

RETENU HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenu
DR FARAJ HAMZA	10	136.00	13.60
		Sous-Total	13.60

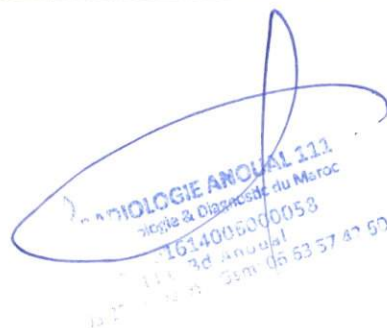
arrêtée la présente facture à la somme de :
Six cent quatre-vingt dirhams

Total : 680.00

Part patient 680.00

Notre compte bancaire :

Adhérent : KOHEN OUFAE
Mle : 0009795
PC N°



RADIOLOGIE ANOUAL 111

111 Bd Anoual-Quartier des Hopitaux Casablanca

Tél:022 86 09 99/89/79 Fax:022 86 08 93

Rapport de DMO DXA : mardi 4 juillet 2023

Nom :	KOHEN OUAFABE	Date de naissance:	04/12/1967	Taille:	156.0 cm
ID Patient :	F-20-01-0551-053	Date d'examen :	04/07/2023	Poids:	52.0 kg
Sexe :	Femme				

Site	Region	Measured Date	Measured Age	OMS Classification	Young Adult T-score	BMD
Rachis AP	L1-L4	04/07/2023	55.5	Normal	-0.6	1.125 g/cm ²
Fémur gauche	Total	04/07/2023	55.5	Normal	-0.7	0.924 g/cm ²
Av -bras Gauche	Radius 33 %	04/07/2023	55.5	Normal	-0.7	0.828 g/cm ²

CONCLUSION:

La DMO mesurée au Rachis AP L1-L4 est 1.125 g/cm² avec un T-score de -0.6. Ce patient est considéré comme étant normal selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La DMO mesurée au Fémur Total est 0.924 g/cm² avec un T-score de -0.7. Ce patient est considéré comme étant normal selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La DMO mesurée à l' Avant-bras Radius 33 % est 0.828 g/cm² avec un T-score de -0.7. Ce patient est considéré comme étant normal selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).



Définition de l'ostéoporose selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Normal	T-score supérieur à -1DS
Ostéopénie	T-score entre à -1 et -2,5DS
Ostéoporose	T-score inférieur à -2,5