

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

- Reclamation : 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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-796929

175503

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01407 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELIKETTANI Sid Hamid

Date de naissance : 19.04.1950

Adresse : 98 RUE MINUSTA Apt 23 Hay ANASSA CAS

Tél. : 0611220767 Total des frais engagés : 724,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Pr. Moncef BENSADA Traumatologue
Clinique Multidisciplinaire de Tanger
Place du Maghreb Arabe
City Center (Rand point TGV) Tanger
Tél: 05 39 30 90 90

Date de consultation : 08/2023

Nom et prénom du malade : ELIKETTANI Sid Hamid Age: 73

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

Nature de la maladie : Conjoint hube

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 : 08/2023 Le : 08/09/2023

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
29/08/23	G		G	INP : <u>161875890</u>

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
	29/08/23	Vari-facil	720,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	INP : <u>161875890</u>														
				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



ORDONNANCE

El Kettani Siel: Hamed TANGER, le : 29/08/2023

Tairi SVP

Ra genson FAD

Sehuss

+

paugonogromme

Service Accueil
Centre de Radiologie Interventionnel de Tanger
Place du Maghreb Arabe,
City Center (Rond point TGV) Tanger
Tél: 05 39 30 07 85

Pr. Moncef BENSALDA
Traumatologue
Clinique Multidisciplinaire de Tanger
Place du Maghreb Arabe,
City Center (Rond point TGV) Tanger
Tél: 05 39 30 90 90



الدكتورة جعفري فدوى
أخصائية الأشعة

Dr. JAAFARI FADWA
Radiologue

Tanger ,le 29/08/2023

PATIENT(E): ELKETTANI SIDI HAMID

MEDECIN TRAITANT: PR.BEN SAIDA MONCEF

RX. GENOU FACE + PROFIL + SCHUSS

التصوير بالرنين المغناطيسي
IRM 1,5 Tesla
المسح بالأشعة
Scanner 64 Barrettes
التصوير الشعاعي القياسي
Radiographie standard
التصوير الشعاعي للثدي
Mammographie
الموجات فوق الصوتية
Echographie
قياس كثافة العظام
Ostéodensitométrie

Résultat :

Déminéralisation osseuse modérée diffuse.

Arthrose des articulations fémoro-tibiales en bilatéral avec pincement articulaire plus marqué en interne, ostéocondensation sous chondrale et ostéophytose marginale. Ostéophytose spinale.

Pincement de l'interligne articulaire fémoro patellaire avec ostéocondensation sous chondrale et ostéophytose marginale.

Absence de lésion osseuse suspecte.

Absence d'anomalie notable des parties molles.

Service Accueil
Centre de Radiologie International de Tanger
City Center (Rond point TGV) Tanger
Tél: 05 39 30 07 85
Merci de votre confiance.

RC : 137033
IF : 34420152
CNSS : 1422573
ICE
002214282000045
RIB :
022 640 000 018 00 301472 03 21



Tanger ,le 29/08/2023

الدكتورة جعفري فدوى
أخصائية الأشعة

Dr. JAAFARI FADWA
Radiologue

PATIENT(E): ELKETTANI SIDI HAMID

MEDECIN TRAITANT: PR.BEN SAIDA MONCEF

PANGONOGRAMME FACE

Résultat :

Genou varum.

DAG : l'angle CI-C'I est de $10,4^{\circ}$

DAC : l'angle corrigé est de $10,4+2=12,4^{\circ}$

Absence de lésion osseuse notable par ailleurs.

Respect des interlignes articulaires du genou et de la cheville.

Aspect normal de la densité des parties molles.

التصوير بالرنين المغناطيسي

IRM 1,5 Tesla

المسح بالأشعة

Scanner 64 Barrettes

التصوير الشعاعي القياسي

Radiographie standard

التصوير الشعاعي للثدي

Mammographie

الموجات فوق الصوتية

Echographie

قياس كثافة العظام

Ostéodensitométrie

Service Accueil
Centre de Radiologie Internationale de Tanger
Place du Maghreb Arabe,
City Center (Rond point TGV) - Tanger
Tél: 05 39 30 07 85

Merci de votre confiance.

RC : 137033

IF : 34420152

CNSS : 1422573

ICE

002214282000045

RIB :

022 640 000 018 00 301472 03 21

CENTRE DE RADIOLOGIE INTERNATIONALE DE TANGER

DR JAAFARI FADWA
SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

F A C T U R E

N° : 6648 R / 2023 du 29/08/2023

Nom patient

ELKETTANI SIDI HAMID
PAYANT

Entrée 29/08/2023

Sortie 29/08/2023

RADIOLOGIE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PANGONOGRAMME FACE	1,00		400,00	400,00
GENOU FACE + PROFIL + SCHUSS	1,00		320,00	320,00
			<i>Sous-Total</i>	720,00
Total Clinique				720,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT VINGT DIRHAMS

Total 720,00

Service Accueil
Centre de Radiologie Internationale de Tanger
Place du Maghreb Arabe,
City Center (Rond point TGV) Tanger
Tél: 05 39 30 01 85