

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0037878

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6549 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITÉE
 Nom & Prénom : ATAKA KARIMA
 Date de naissance : 23/10/1963
 Adresse : 201 Route de JADIDA
 Tél. : 0661436472 Total des frais engagés : Sagesus Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : Dr. RAISSOU Nouh
 Rhumatologue
 262, Bd. Yacoub El Mansour, 1er Etage N° 1
 Tél: 05 22 23 08 06 / 06 66 66 33 34
 INPE: 091031314
 Date de consultation : 21/08/2024
 Nom et prénom du malade : ATAKA KARIMA Age: 61
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur chronique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : CAS Le : 11/03/2024
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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
21-02-2024		CS	Gros	

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
	21-2-2024	Echographie cheville droite	

AUXILIAIRES MEDICAUX

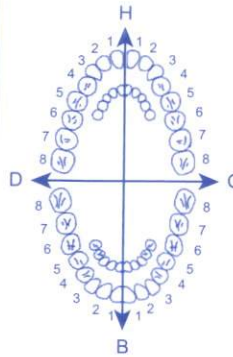
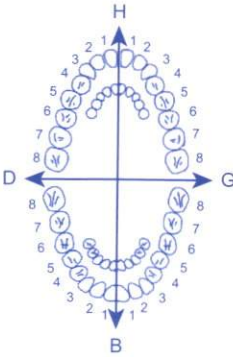
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	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

Dr. RAISSOUNI Nouha

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris - Cochin
Ancienne Chef de Département de Médecine
de l'Hôpital Mohammed Sekkat - Casablanca

Rhumatologue - Rhumatologie intervertébrale
Maladies de Systèmes
Echographie Ostéoarticulaire
Podologie
Médecine du Sport



الدكتورة نهى الريسوني

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس كوشان
رئيسة سابقة لمصلحة الطب
بمستشفى محمد السقاط بالدار البيضاء
أخصائية العظام والمفاصل والغضروف والروماتزم
أمراض التهابات الباطنية
فحص العظام والمفاصل والأوتار بالصدى
علاج الأرجل
الطب الرياضي

Casablanca le:.....: الدار البيضاء في:

Le 21/02/2024

Nom : AJAKA

Prénom : KARIMA

•Echographie de la cheville droite

FACTURE :500dh

INPE: 091091314

Dr. RAISSOUNI Nouha
Rhumatologue
262 Bd. Yacoub El Mansour 1^{er} étage N°10
Tél: 05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84
INPE: 091091314

📍 262 Bd. Yacoub El Mansour 1^{er} étage N°10 (en face arrêt station Bus Way Yacoub El Mansour)

شارع يعقوب المنصور 262 الطابق الأول رقم 10 (أمام محطة Bus Way يعقوب المنصور)

☎ 05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84

Dr. RAISSOUNI Nouha

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris - Cochin
Ancienne Chef de Département de Médecine
de l'Hôpital Mohammed Sekkat - Casablanca

Rhumatologue - Rhumatologie interventionnelle
Maladies de Systèmes
Echographie Ostéoarticulaire
Podologie
Médecine du Sport



الدكتورة نهى الريسوني

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس كوشان
رئيسة سابقة لمصلحة الطب
بمستشفى محمد السقاط بالدار البيضاء
أخصائية العظام والمفاصل والغضروف والروماتزم
أمراض التهابات الباطنية
فحص العظام والمفاصل والأوتار بالصدى
علاج الأرجل
الطب الرياضي

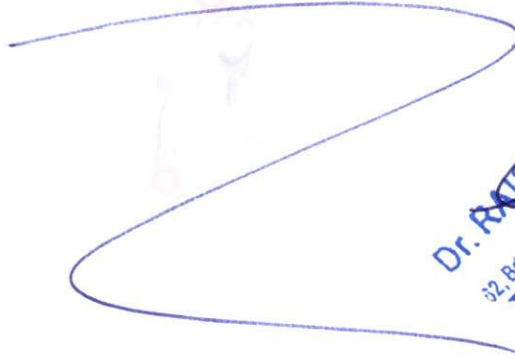
Casablanca le:.....الدار البيضاء في:

Le 21/02/2024

Nom : AJAKA

Prénom : KARIMA

•Echographie de la cheville droite



Dr. RAISSOUNI Nouha
Rhumatologue
32, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 06 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84
INPE-091091314

INPE: 091091314

📍 262 Bd. Yacoub El Mansour 1^{er} étage N°10 (en face arrêt station Bus Way Yacoub El Mansour)
شارع يعقوب المنصور 262 الطابق الأول رقم 10 (أمام محطة Bus Way يعقوب المنصور)

☎ 05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84

21/Fév/2024

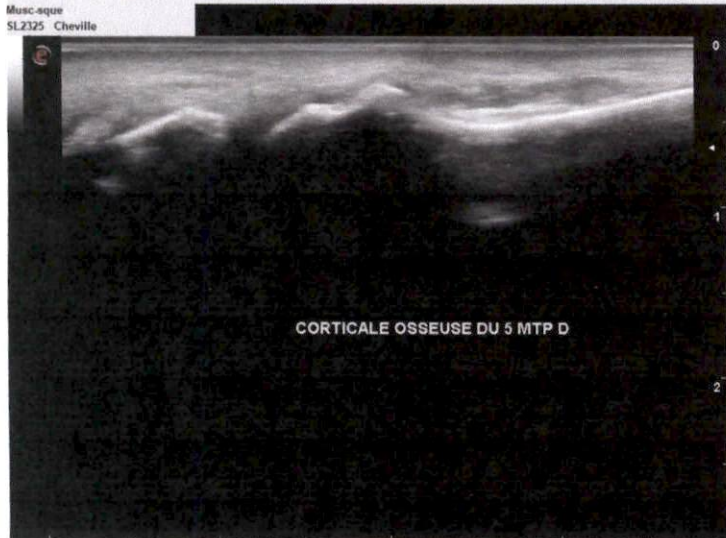
AJAKA KARIMA

10:35:19

B Gen-M G 50 %
P 30 mm Xv/M C3/1
PRC 8/1/1/1 PRS 0

P 100% MI 0.8
TIS 0.1

Musc-sque
SL2325 Cheville



21/Fév/2024

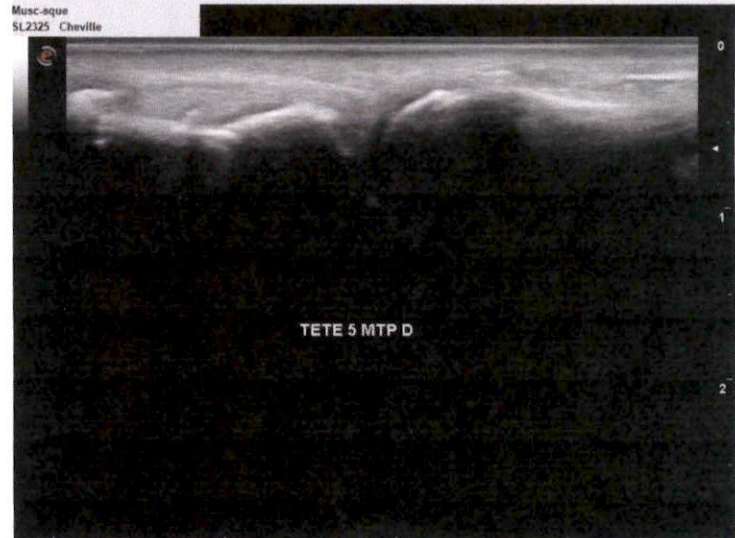
AJAKA KARIMA

10:36:07

B Gen-M G 50 %
P 30 mm Xv/M C3/1
PRC 8/1/1/1 PRS 0

P 100% MI 0.8
TIS 0.1

Musc-sque
SL2325 Cheville



21/Fév/2024

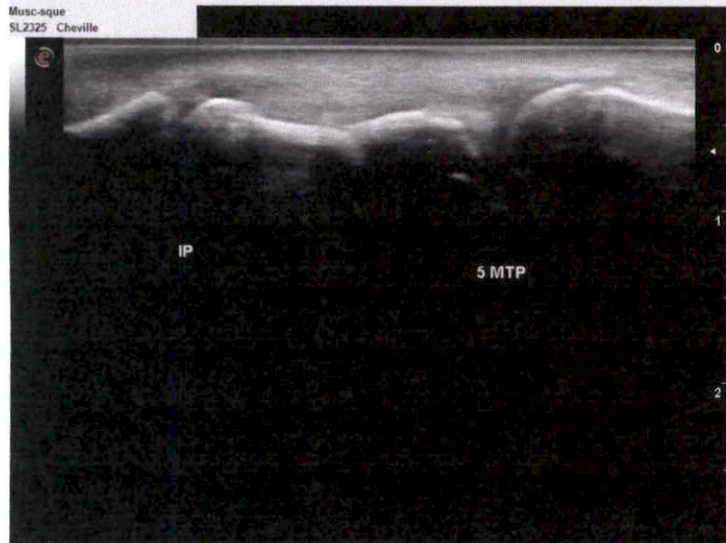
AJAKA KARIMA

10:37:14

B Gen-M G 50 %
P 30 mm Xv/M C3/1
PRC 8/1/1/1 PRS 0

P 100% MI 0.8
TIS 0.1

Musc-sque
SL2325 Cheville



21/Fév/2024

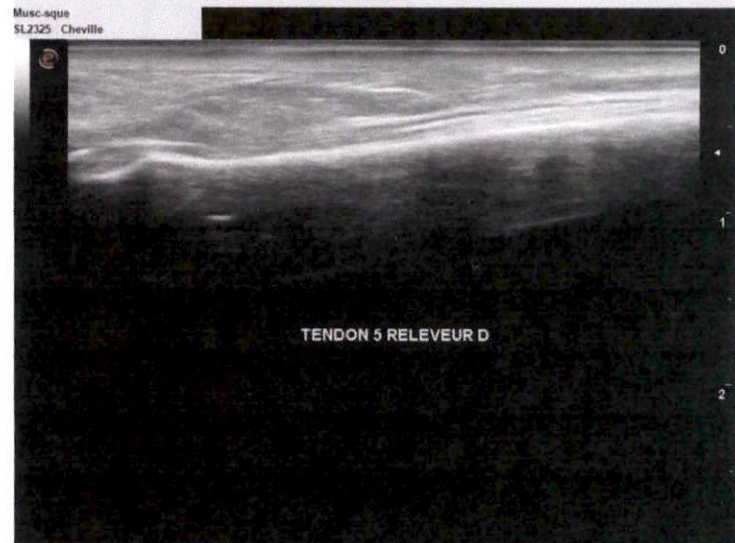
AJAKA KARIMA

10:38:31

B Gen-M G 50 %
P 30 mm Xv/M C3/1
PRC 8/1/1/1 PRS 0

P 100% MI 0.8
TIS 0.1

Musc-sque
SL2325 Cheville



21/Fév/2024

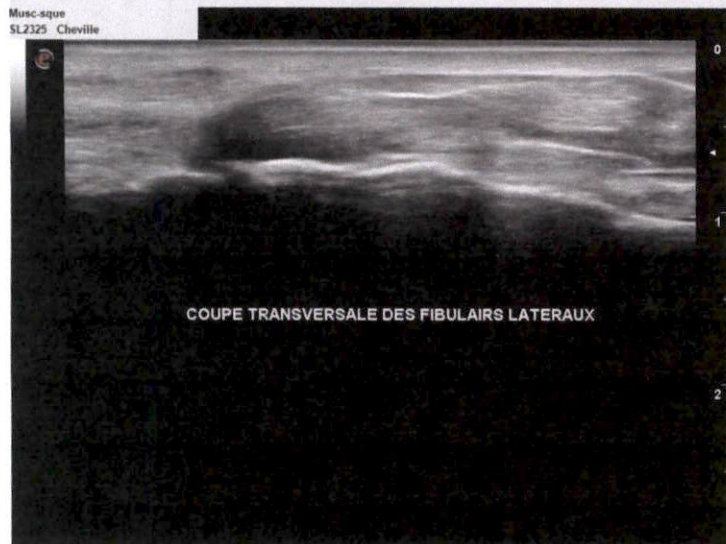
AJAKA KARIMA

10:40:25

B Gen-M G 50 %
P 30 mm Xv/M C3/1
PRC 8/1/1/1 PRS 0

P 100% MI 0.8
TIS 0.1

Musc-sque
SL2325 Cheville



21/Fév/2024

AJAKA KARIMA

10:41:39

B Gen-M G 50 %
P 30 mm Xv/M C3/1
PRC 8/1/1/1 PRS 0

P 100% MI 0.8
TIS 0.1

Musc-sque
SL2325 Cheville



Le, 21/02/2024

Nom : Mme AJAKA Karima

Examen Réalisé : ECHOGRAPHIE DE LA CHEVILLE DROITE

Compte Rendu Echographique

Temps externe : tendons des fibulaires latéraux (péroniers) sans anomalies
Absence de perte de continuité de la corticale osseuse du 5ème orteil droit.
Absence de ténosynovites des releveurs du pied

Temps interne : Absence d'anomalie au niveau des tendons adducteurs du gros orteils et des fléchisseurs

Temps postérieur : tendons achilléens bilatéraux sans anomalies

Temps antérieur : Absence d'épanchement de la gaine des tendons extenseurs des orteils sans rupture ni discontinuité à leur niveau

- **Conclusion :** Echographie de la cheville droite sans anomalies

Dr. RAISSOU Nouha
Rhumatologue
232, Av. Yacoub El Mansour, 2ème Etage N°11
Tél: 05 22 23 06 08 / 06 66 05 90 84
N° d'Ordre 113-14