

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 Médical - 09-08 - 05 22 22 78 18 - Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Tél : 05 22 22 78 18 - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-564992

43028

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9999 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZE KANI SAAO

Date de naissance : 22/09/71

Adresse : 1 RUE DES OULGONS ANSA DUNA

Tél : 0664000837 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 06 OCT. 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Dure

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
25/8/2016		C.S.	300	INF : [] Docteur Mohammed SAFRANU Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue Résidence 81-83 Avenue de l'Algérie - N° 101 Casablanca Boite Mail Al Achgar 5° étage - N° 101 Casablanca Téléphone : 0661.320...
		F.C.	100	

Dr. Mohammed SAFRAN
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Résidence Bibb, 4^{ème} Etage - N° 10 - Cas 2
Rue Kaid Al Achlar, 3^{ème} Etage - N° 10 - Cas 2
Tél. : 05 22 99 53 95 / 06 61 320 820

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/08/	IRM	2 chèques
	2020	Genou	

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

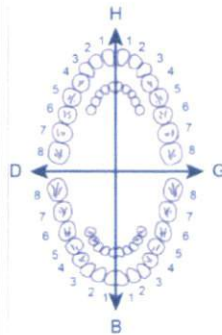
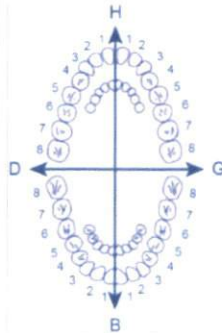
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 :
				CCOEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			CCOEFFICIENT DES TRAVAUX
PROTHESES DENTAIRES	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Clinique BADR



مصحة بدر

URGENCE 24/24

REANIMATION MÉDICO - CHIRURGICALE
CHIRURGIE VISCÉRALE
COELIO CHIRURGIE
NEURO - CHIRURGIE
CHIRURGIE VASCULAIRE
CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE
CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE
CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

Docteur :

Casablanca, le

25/8/2020

BEKKARI Saad

IBRAHIM ACH

Dr. A. + Dr. B. Stone

Docteur Mohammed SAFRAOUI
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Résidence Ribh "A" Angle Bir Anzarane et
Rue Kaid Al Achtab - 100 - Casa
Tél : 05 22 49 28 00 / Urgence : 05 22 49 23 86

C I T M Clinique BADR

37, Rue Al Alloussi Bourgogne

092 / TP:35630123/ ICE: 001326100000037

F A C T U R E

N° : 2009281321

Du : 28/09/2020

Nom patient : M. BEKKARI SAAD

Médecin prescripteur ; DrSAFRAOUI MOHAMEDE

Examens

Cotation(Z) Prix Dhs

FRAIS CONSUTATION

1

300,00

FRAIS CLINIQUE

1

100,00

Total

400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

CITM CLINIQUE BADR
35, Rue EL Alloussi Bourgogne
Casablanca Fax: 05 22 40 23 86
Tel.: 0522 40 28 00/80/82/83/84

F A C T U R E

N° de l'admission : 20003707

N° Facture 20003965

Date facturation : 01/09/2020

Nom et prénom du patient : **SAAD BEKKARI**

Convention : **PAYANT**

Traitement : **Examen radiologie**

Entrée: 25/08/2020 Sortie: 01/09/2020

PRESTATIONS		nombre	prix unitaire	montant
	IRM GENOU	1.00	2 400.00	2 400.00
			sous-total	2 400.00
arrêtée la présente facture à la somme de :				
Deux mille quatre cents dirhams				
				total : 2 400.00
Immatriculation :				
N° prise en charge :				

Notre compte bancaire :


LA WILAYA
CENTRE DE RADIOLOGIE
2, Rue d'Agadir - Bd. Hassan II
Tél: 0522 22 22 22 - Casablanca

Dr. A.BELHOUCINE

Radiologue diagnostic et interventionnel
Laureat de la Faculté de Médecine de Marseille
Ancien P.H. des hôpitaux de France

CASABLANCA, le 25 Août 2020

NOM DU PATIENT : BEKKARI SAAD

EXAMEN REALISE : IRM GENOU

TECHNIQUE :

- DP sag et cor sur le genou.
- T1 sagittale.
- T2 fat-SAT dans les 3 plans.
- T2 sur la totalité des 2 fémurs.

RESULTAT :

- On retrouve l'image de l'exostose au niveau du 1/3 inférieur du fémur gauche, mesurant 45 mm de hauteur et dont la confrontation avec l'IRM précédente ne montre pas de modification de signal ou de taille.
- Il existe par ailleurs, une réaction liquidienne, avec une lame périphérique avec œdème musculo-aponévrotique au niveau de la face profonde, remontant sur 72 mm de hauteur.
- Absence de lésion tissulaire tumorale.
- Absence d'anomalie vasculaire.
- L'étude du genou montre une fissure oblique de la CPMI, sans déplacement.
- Respect des ligaments croisés.

En vous remerciant de votre confiance

DR BELHOUCINE


LA WILAYA
CENTRE DE RADIOLOGIE
2, Rue d'Agadir, Angle Bd. Hassan II
Tél: 0522 49 73 33 - Casablanca