

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

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° M20- 0004230

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 192581 Société : 50607

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAKRI ABDELHMID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0669587015 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-04230

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1281		Société : ROYAL AIR MAROC	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHAKRI ABDELHAMD
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 01/06/1986			
Adresse : Residence WARDHA N°10 WIM			
Tél. : 0669587015 Total des frais engagés : 2887,00 DHS Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : MUPRAS RECEPTION			
Date de consultation : 16/11/2020			
Nom et prénom du malade : CHAKRI ABDELHAMD			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Entre Seigneur l'hiver Seigneur printemps			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Par de maladie et transitoire			
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 : **CSA** Le : **16/11/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **CHAKRI ABDELHAMD**

RELEVE 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
16/11/10	10		30000	INP : 891167169

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/11/2020	2300	2300

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		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"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Docteur Abderrahmane ABOUCHAMA
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

- * Diplômé de l'Université de Louvain à Bruxelles
- * Ancien Interné des Hôpitaux de France
- * Ancien Praticien en Belgique
- * Diplômé de Médecine et Traumatologie du Sport
- * Chirurgie Traumatologique et du Rhumatisme
- * Chirurgie de la Colonne Vertébrale
- * Chirurgie de la Main et Pied
- * Chirurgie Arthroscopique



الدكتور عبد الرحمن أبو شامة
اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

- * شهادة من جامعة لوفان ببروكسل
- * طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا
- * ممارس سابق ببلجيكا
- * دبلوم في الطب الرياضي والإصابات ببرنس
- * الجراحة بالمنظار الداخلي للمفاصل
- * جراحة الكسور والروماتيزم
- * جراحة العمود الفقري
- * جراحة اليد والقدم

Casablanca, le : ١٦/١١/٢٠٢٣ الدار البيضاء، في :

Dr CHAKRABORTY ABDELHAMID

Arthroscopy Project
See the RADIOLOGIE Abou Madi
27, Rue Ilya Abou Madi
Appart N°3 Gauthier - Casablanca
Tel: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58
Fax: 0522 47 40 09

Dr. Abderrahmane ABOUCHAMA
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Spécialiste en Radiologie
Dr. Abderrahmane ABOUCHAMA
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Spécialiste en Radiologie
Dr. Abderrahmane ABOUCHAMA
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Spécialiste en Radiologie



CASABLANCA

12/11/2020

CHAKRI ABDELMAMID

ULTRAVIST 300
FLACON 20CC



81,00 DH

CHAKRI ABDELMAMID
N° Allée du Lion
Bab Chichir Casablanca
0522474009

RADIOLOGIE AbouMadi
27, Rue Ilyya Abou Madi
Appt N° 3 Gauthier Casablanca
Tél: 0522 50 34 57 / 06 61 43 74 28 / 06 69 77 65 14
Fax: 0522 47 40 09

- IRM Haut champ (1 Tesla)
- Scanner Spiralé Multi-barettes
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie Numérique
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle

27, Rue Ilyya Abou Madi - Quartier Gauthier
Casablanca 20000 MAROC
Tél : 05 22 50 34 57 / 06 61 43 74 28 / 06 69 77 65 14
Fax : 05 22 47 20 09 - Email : contact@c-radiologie.ma
Patente : 35509523 - I.F : 01086163 - CNSS : 2623884



Nom & prénom : CHAKRI ABDELHAMID

FACTURE N° : 20/020067

Date : 17/11/2020

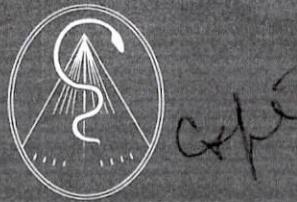
<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
ARTHROSCANNER DU POIGNET GAUCHE	2 500,00
Total Montant	
	2 500,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

DEUX MILLE CINQ CENT DIRHAMS

REGLEMENT : TPE Le 19/11/2020

Relevé d'identité bancaire
Banque Centrale Populaire
Agence Massira
88, bd massira el khadra Casablanca
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73



Dr. Mustapha AKIKI
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

Dr. M. AZ El-Arab BERRADA
Spécialiste en Radiologie
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

Dr. Hakima BENKIRANE
Ep. Benjelloun
Spécialiste en Radiologie
Lauréate de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd
Diplômée de Paris
en Imagerie de la femme

Dr. Imad HANAFI
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté
de Médecine de Bruxelles
Ex. Praticien hospitalier
des hôpitaux de Paris
Radiologie Conventionnelle
et Interventionnelle

Dr. Alaa MRANI ZENTAR
Spécialiste en Imagerie Médicale
Radiologie Interventionnelle
Cancérologique et Cardio-Vasculaire
Lauréat de l'université de Versailles-
Saint-Quentin-en-Yvelines

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle
- Diagnostic et Thérapeutique

Casablanca le 17/11/2020

PATIENT : CHAKRI ABDELHAMID
MEDECIN TRAITANT : DR. ABOUCHAMA ABDERRAHMAN
EXAMEN(S) REALISE(S) : ARTHROSCANNER DU POIGNET
GAUCHE
M.

Technique :

Injection en intra-articulaire au niveau du compartiment médian de 5cc de produit de contraste après asepsie et anesthésie locales.

Résultat :

Il n'est pas mis en évidence de passage du produit de contraste du compartiment médian vers le compartiment proximal témoignant de l'intégrité des ligaments notamment scapho-lunaires et triangulaires. Respect des différents interlignes articulaires notamment pas de bâillement articulaire.

Pas d'arthrose radio-carpienne.
Respect des parties molles.

Conclusion :

- **À retenir essentiellement l'absence de toute diffusion du produit de contraste du compartiment médian vers le compartiment proximal témoignant de l'intégrité parfaite des ligaments scapho-lunaire et triangulaire.**
- **Respect aussi des interlignes articulaires notamment radio-carpien et scapho-lunaire sans bâillement confortant l'intégrité ligamentaire.**

Confraternellement
DR HANAFI
INPE: 091202275

RADILOGIE Abou Madi
27, Rue Ilya Abou Madi
App N° 3 Gauthier - Casablanca
Tél: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58
Fax: 0522 47 40 09

C210

Approx. waiting time
33 minutes

17 NOVEMBER