

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.

adiologie 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.

ptique :

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.

entaire :

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

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| 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 caractére 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

ND : 17575

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007962

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2926 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : A CHOUR FARI Date de naissance : 1950

Adresse : 35 Rue Kergouawl Résid AMBAT 3e/4 CASA

Tél. : 06 39 97 150 3 Total des frais engagés : 2984,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Chirurgien Traumatologue
Dr. Mohammed DRAOUI
Av. Chellah, Rés. Ryad Hassan A
Appt. N° 5 - Rabat
Tél.: 05 37 66 18 37/38
Urgence : 06 61 18 87 66
ICE : 001654512000071

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/01/2020

Nom et prénom du malade : Achour Fari Age : 70

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : lombosciatlite gauche

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 : 22 JAN. Le : 20/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
20/01/20			3000 W	Dr. Mohammed Ryad Hassoun Traumatology & Orthopedics N° 5, Rabat Tel: 0537661631 N° 38 0537661887 N° 16 0661188765 N° 01 053766188765 N° 01 CIN: 5451200007A

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SD 13 Rue de la République 92100 Boulogne-Billancourt Téléphone : 01 46 79 19 02</i>	<i>20/01/2020</i>	<i>684,50</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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'ICD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553			Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Rabat, le

20.01.2020

120³⁰

M. A. Admont
Rothem 30 my
selected

66.8°
↓

Von Warne

22. $\omega^2 + \nu^2 = 3 \times \mu^2$
Cô đố

3

255.0
45
198.0

Dr. Mohammed DRAOUI
Chirurgien Traumatologue
38 Av. Chellah, Rés. Ryad Hassan A
Appt. N° 5 - Rabat
Tél.: 05 37 66 15 37/38
Urgence : 06 61 18 87 66
ICE : 001654512000071

46, Avenue Chellah - Rabat

Tél. : 05 37 66 11 82 / 05 37 76 75 76 / 05 37 76 72 76

Fax : 05 37 76 72 73

Patente : 25129079 - I.F. : 3303109 - CNSS : 6459368

E-mail : cliniquejacapitale@yahoo.fr

E-mail : clmiquelacapitale@yahoo.fr
Site web : www.lacapitalemaroc.com

Site web : www.lacapitalemaioc.com



Rabat, le

20.01.2020
Fair

Rubai, 10

D: homosichtige Fische

Scanner für Schulz

last, an

Dr. Mohammed DRAOUI
Chirurgien Traumatologue
58 Av. Cheïla N°5, Rabat
Tel.: 05 27 86 16 37/38
Urgence : 05 21 18 87 66
IEE : 99154512 099971



46, Avenue Chellah - Rabat

Tél. : 05 37 66 11 82 / 05 37 76 75 76 / 05 37 76 72 76

Fax : 05 37 76 72 73

Patente : 25129079 - I.F. : 3303109 - CNSS : 6459368

E-mail : cliniquelacapitale@yahoo.fr

Site web : www.lacapitalemaroc.com

CLINIQUE LA CAPITALE

46, Avenue Abderrahmane Aneguay - RABAT
Tél.:037 68 41 00 / 037 767276 Fax : 037 767273
CNOPS/AMO 100003326

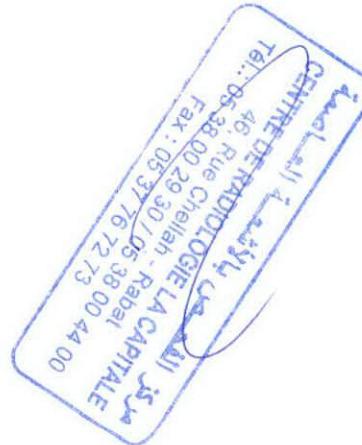
F A C T U R E

N° : 128946 / 2020 du 20/01/2020

Nom patient ACHOUR FARID Entrée 20/01/2020
PAYANT Sortie 20/01/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
TDM RACHI LOMBAIRE	1,00		2 000,00	2 000,00
Total Clinique				2 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE DIRHAMS	Total	2 000,00



العاصمة
IDENTIFICATIONS PATIENT

Identité : MR. ACHOUR FARID
Examen du : 20/01/2020

T.D.M LOMBAIRE

TECHNIQUE : Acquisition hélicoïdale sans injection de produit de contraste avec reconstruction de L1 à S1.

RESULTATS:

A l'étage L1- L2 :

- × Absence de conflit disco-radiculaire.
- × Le diamètre A.P de L1 est de 18.5 mm ; le diamètre A.P de L2 est de 18.5 mm.
- × Arthrose postérieure.

A l'étage L2- L3 :

- × Absence de conflit disco-radiculaire.
- × Arthrose postérieure.

A l'étage L3- L4 :

- × Hernie discale médiane para-médiane et foraminale gauche.
- × Arthrose postérieure.

A l'étage L4-L5 :

- × Hernie discale médiane para-médiane et foraminale gauche.
- × Le diamètre A.P de L5 est de 21.8 mm.
- × Arthrose postérieure.

A l'étage L5-S1 :

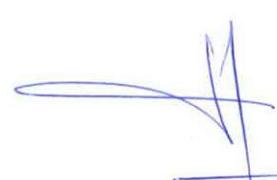
- × Absence de conflit disco-radiculaire.
- × Arthrose postérieure.

AU TOTAL :

Aspect T.D.M compatible avec une hernie discale médiane para médiane et foraminale gauche en L3-L4 et L4-L5.

	Diamètre A.P	V. Minimale
L1	18.5 mm	15 mm
L2	18.5 mm	17 mm
L3	17 mm	16 mm
L4	17.6 mm	17 mm
L5	21.8 mm	17 mm

Le diamètre A.P du canal rachidien de L1 à S1 d'après A. Wackenheim et Coll.



Dr. Abdelkader SEMALI
 Radiologue
 Radiologie la Capitale
 46, Av. Chellah - RABAT
 Tél : 06.70.13.63.37