

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

- 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.

N° W19-506715

N° 17764

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>714</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>FAOUZI NASR-EDDINE</u>			
Date de naissance : <u>26/08/1958</u>			
Adresse : <u>WELPINAC, JMH 85, RLE: ALI, N° 1403</u>			
Tél. : <u>06740098956</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <u>DR. Driss CHIBIWAHOUDI</u> 15 Bvd Ain Témouchite, Résidence Bahia, N° 4, APPT. 7 CP 20355490000 - Tél: 14417605 Tél: 05 22 78 10 55 </div>			
Cachet du médecin : <u>01/01/2010 FAOUZI RAMA</u>			
Date de consultation : <u>01/01/2010 FAOUZI RAMA</u> Age: _____			
Nom et prénom du malade : <u>FAOUZI RAMA</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>luxation de la rotule gauche</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>MUPRAS</u>			
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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : FAOUZI RAMA

Le : 01/01/2010

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
01/01/2020	S5	1	44000 DH	INP : 09111015631 Driss CHIBIHA MOHOUSSI, 15, Bvd Aïn M'Zate, Résidence Bahia ETAP APPT 7 ICN N°0020355490000865 E. 14437683 JE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/02/20	444,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. B.D. BRAHIM Roudani Télé: 0522-252136 / 0522-251307 e-mail: roudani@medinet.com.lb	02/01/12	7200	22.00000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 dernière 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"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	B I	B 11433553		<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

allo1kolo

Faouzi Rania

Age = 14 ans

44,20

P = 52 kg

① Difal 50 mg CP

ACP x 35

(au niveau du nez)

SI Votre cléan



CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50 Bd. Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tel: 0522.231.818 / 0522.235.028

Dr. Driss CHIBHI WAHOUDI
15, Bd. Ain Tadja, Et N°4, APPT 7
Résidence Bahia, Tel: 0522.235.028
ICE N°002035549000086 - Tel: 14437605
Tél: 0522.231.818



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

01/01/2020

Franzi Anna

Age: 14 ans

⇒ Entrorse du Genou gauche
(luxation de la Rotule ???)

⇒ IRM du Genou

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
ROUDANI - Maârif
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca
Tél: 0522.25.22.56 / 0522.25.13.02 / 0522.25.13.04
Fax: 0522.23.50.70. e-mail: r.roudani@hotmail.fr

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
60, Bd. Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél: 0522.23.18.18 - Fax: 0522.23.50.28

Dr. Driss CHIBANI MOUHD
15, Bd. Aïn Tsouklate,
Résidence Bahia, El Jadida - BP: 7
ICP N°002035549 - 00036 - IF: 1447605
e-mail : 0522.23.20.10.5

مركز الفحص الطبي بالأشعة الروdanی CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFFR FAROUQI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Senologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie

Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 02/01/2020

FACTURE N° : FA:00 11/20

Nom : FAOUZI RANIA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 2 200,00 Dhs

DEUX MILLE DEUX CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

IRM DU GENOU GAUCHE

2 200,00 Dhs

Total de 2 200,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /00778000035790000015342

INPE : 090000324

*Centre de Radiodiagnostic
ROUDANI - Maârif
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca
Tél. : 0522 25 22 96 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 70
e-mail : roudani.crr@gmail.com*

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFFR FAROUKI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Senologie Interventionnelle -
Echographie Obstétriclae 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, Le 02/01/2020

Patient
Médecin traitant
Examen(s) réalisé(s)

FAOUZI RANIA
DR CHBIHI WAHOUDI DRISS
IRM DU GENOU GAUCHE

COMPTE RENDU

Indication :

Patiante de 13 ans, suspicion de luxation rotulienne.

Technique :

Sagittale T1.

Densité protonique Fat Sat dans les 3 plans de l'espace.

Résultats :

Stigmates de luxation rotulienne transitoire avec œdème en miroir de la facette rotulienne médiale et du condyle fémoral latéral.

Bascule et subluxation rotulienne persistante associée à une rupture du rétinaculum patellaire médial.

Hémarthrose de moyenne abondance.

Absence de lésion méniscale interne ou externe.

Aspect normal des ligaments du pivot central et latéraux.

Œdème diffus de la graisse de Hoffa.

Contusion œdématueuse des parties molles antérieures en avant de la rotule et du tendon patellaire.

Aspect normal des tendons quadricipital et rotulien.

Creux poplité libre.

Au total :

Luxation rotulienne transitoire avec œdème osseux en miroir fémoro-patellaire et rupture du rétinaculum patellaire médial.

Hémarthrose de moyenne abondance.

Pas d'anomalie ménisco-ligamentaire par ailleurs.

En vous recommandant de votre confiance
Dr. Abderrahim ADIL
RADIOLOGUE

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani - Maârif
20.100 - Casablanca
Tél: 0522 25 22 96 / 05 22 25 13 02 / 05 22 25 13 04
05 22 25 13 07 / 05 22 23 50 70 - Fax: 05 22 23 50 68
e-mail: roudani.crr@gmail.com