

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.

 Maladie Dentaire Optique**6017** Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **Q.S.3.3.6** Société : **RAM**

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **SAHBANE ABDERRAHIM**

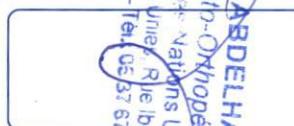
Date de naissance : **19 03 1956**

Adresse : **RUE TAHA HOUSSEIN TISSIR 1118 RECHAO**

Tél. : **05 22 32 72 47** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Sahbane**

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : **consultation**

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) :

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
2023-07-12	Acte de consultation	1	25000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20.7.2015	2100	1000.00

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the 12th edition of the International System of Units (SI). It features a central point labeled 'H' at the top, representing the dimension of Time (T). A horizontal double-headed arrow labeled 'D' on the left and 'G' on the right represents the dimension of Space (L). A vertical double-headed arrow labeled 'B' at the bottom represents the dimension of Mass (M). The seven base units are represented by circles with numerical values: Length (L) is 1; Mass (M) is 2; Time (T) is 1; Current (A) is 3; Temperature (K) is 4; Amount of substance (mol) is 5; and Luminous intensity (cd) is 6.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Rabat le, ٢٠١٥ / ٤ / ٢٠

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur :

Dr Didi

Présente à M.:

Sahbane Saad

sa note d'honoraires s'élevant à la somme de

25000

pour l'acte *Revue et consultation*

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués



Avenue des Nations Unies, rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat

Tél: 05 37 67 05 05 - Fax : 05 37 67 35 35

E.mail : cnrabat@menara.ma

DOSSIER N°

Chambre N°



Rabat le, 2014.20.6

Bon de Radiologie

Nom, Prénom : Sabrine Saad

Médecin Traitant : Dr. MIR

Examens demandés

L + Rachis complet

F + P debout

Dr. MIR ABDELMAMID
Traumato-Orthopédie
Clinique des Nations Unies
Av. des Nations Unies, Rue Ibn Hanbal
Agdal, Rabat - Tél. 05 37 67 05 05

Avenue des Nations Unies, rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat
Tél. : 05 37 67 05 05 - Fax : 05 37 67 35 35
E.mail : cnrabat@gmail.com

CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

82 bis, Av. des Nations Unies - Angle rue Ibn Hanbal
Tél.: 0537.67.49.49 (Lignes groupées) Fax : 0537.67.54.07
Patente 25705022 IF 0333035 CNSS 2033976
ICE 001615064000010
Rabat - Agdal

F A C T U R E

Numero:G/01077
Rabat 20/07/2020

Nom patient	Date examens
SAHBANE Saad	20/07/2020

Examen(s) Réalisé(s)	Prix Dhs
RACHIS ENTIER F+P	1 000,00
TOTAL	1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

MILLE DIRHAMS

Dr A.SBIHI - Dr A.DINIA - Dr Gh.T.BENJELLOUN - Dr O.KABBAJ

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1. Date de la constatation de l'état du malade :

..... 26.10.19

2. Renseignements cliniques sommaires :

..... Consultation pour... Céphaloscopie

3. Traitement envisagé correspondant à la demande d'entente préalable (si possible, nombre des actes en série) :

..... Consultation spécialisée

.....
.....
.....
.....
.....

4. Durée prévisible du traitement :

.....
.....
.....
.....

A Rabat le , 2020

Signature :

Dr. MIMOUNI ABDELLAH
Traumatolo-Orthopédie
Cliniques des Nations Unies
Av. des Nations Unies, Rue Ibn Hanbal
Agdal Rabat - Tél: 05 57 67 05 05

CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

**Dr Abdelhafid SBIHI - Dr Abdellatif DINIA
Dr Ghita T. BENJELLOUN - Dr Ouafae KABBAJ**

Rabat, le 20/07/2020

Enfant SAHBANE Saad (né le 16/05/2003)

Examen demandé par : Pr A. MIRI

TELERADIOGRAPHIE DU RACHIS ENTIER DE FACE ET DE PROFIL

Renseignements cliniques : *Cyphose thoracique.*

- La tête fémorale droite est plus bas située que la gauche de 3,6 mm
- Aspect normal des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales.
- La statique rachidienne est respectée dans le plan frontal.
- Absence de rotation des corps vertébraux.
- Absence d'atteinte disco-somatique visible.
- Accentuation de la cyphose dorsale physiologique (75°), associée à une hyperlordose lombaire.
- Absence d'anomalie des parties molles péri-rachidiennes.

A.D/M.N