

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

Autres

18563

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN RIVENE JALAL

Date de naissance :

03/10/1984

Adresse :

n°4 Rue 52 oul FA — CASA

Tél. :

0662 651 665

Total des frais engagés : 28000 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr MERINI Abderrazak

Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue  
21 Rés. Pasteur (face Institut Pasteur)  
Place Charles Nicolle - CASA

Cachet du médecin :

Date de consultation :

18/05/2021

Nom et prénom du malade :

BEN RIVENE JALAL

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Douloureuse du mollet + jointure Goudre.

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 : Casablanca

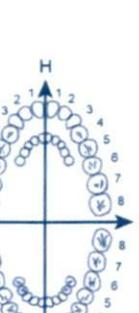
Le : 18/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/01/2011	Z 210	2500 DFL

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 dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
		<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>														
		<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>														
		<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>														
		<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	35533411														
G	11433553															
		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>														
		<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>														
		<b>Date du devis</b> <input type="text"/>														
		<b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/>														

Docteur MERINI Abderrazak

Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue

Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de LYON

Chirurgie arthroscopique du genou

Chirurgie prothétique de la hanche et du genou



الدكتور عبد الرزاق المريني

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

متدرب سابق و رئيس عيادة مستشفيات ليون

جراحة الركبة بالمنظار

الجراحة التهويضية من الورك والركبة

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 18/10/2021

BEN RIYENE  
SALAC

IRM de la jambe gauche :

Douleurs chroniques du mollet + genou de la jambe

radiologie extérieure  
27 Rue Pasteur 10800 Casablanca  
Tél: 0522 20 34 57 - 0522 20 34 58  
Appt: 0522 20 34 57 - 0522 20 34 59

Docteur MERINI Abderrazak  
Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue  
21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur) Place Charles Nicolle  
Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél.: 05 22 29 69 16 - 05 22 29 69 35

21، إقامة باستور (مقابل معهد باستور) - ساحة شارل نيكول - شارع عبد المؤمن - الدار البيضاء

21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur) - Place Charles Nicolle - Bd. Abdelmoumen - Casablanca

النقال: 0522.29.69.35 - الفاكس: 0522.29.69.16 - GSM: 0661.24.11.00

ICE : 00200713400022 - IF : 24925140



Nom & prénom : BENRIYENE JALAL

FACTURE N° : 21/009811

Date : 18/05/2021

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
I.R.M DE LA JAMBE GAUCHE	2 500,00
<b>Total Montant</b>	
	<b>2 500,00</b>

RADIOLOGIE ABOU MADI  
27, Rue Ilya Abou Madi  
Appt N° 3 Gauthier - Casablanca  
Tel: 0522.20.34.57 / 0522.20.34.58  
Fax: 0522.47.40.09  
E-mail: contact@radiologie-aboumadi.com

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

DEUX MILLE CINQ CENT DIRHAMS

REGLEMENT : CHEQUE Le 18/05/2021 2132978 BMCI

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



Casablanca le 18/05/2021

**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

**PATIENT**

**BENRIYENE JALAL**

**MEDECIN TRAITANT** : DR. MERINI ABDERRAZAK

**EXAMEN(S) REALISE(S)** : I.R.M DE LA JAMBE GAUCHE  
H.

**Technique**

T1-T2 et T2 Stir axiales, coronales et sagittales

Examen réalisé à titre comparatif avec le côté controlatéral.

**Résultat**

Les masses musculaires de la jambe gauche présentent un signal normal sans foyer œdémateux ni image de néoformation décelable. Absence également d'anomalie du signal au niveau de la trame osseuse.

Le nerf sciatique poplité externe apparaît en position normale sans épaississement d'allure suspecte.

**Au total**

**IRM de la jambe gauche ne montre pas d'anomalie musculaire ni nerveuse particulièrement au niveau du nerf sciatique poplité externe.**

Confraternellement  
**DR. BERRADA AZ EL ARAB**  
INPE : 091032870

*RADIOLOGIE Abou MADI  
Appt N° 3 Gauthier - Casablanca  
Tél: 0522 20 34 57 / 0522 21 40 09  
Fax: 0522 20 34 57 / 0522 21 40 09*

- 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