

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-637300

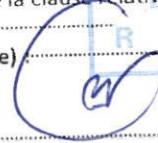
76582

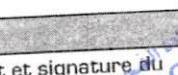
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 09253			
Société : R.A.M.			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : LAABARTA - ABDOLLOUAHAD			
Date de naissance : 06-01-1963			
Adresse : Lot Maratiah N° 14 B2 M'hamed Mousbré 02			
Tél. : 0678844056 Total des frais engagés : 250 + 400 = 650			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 28/06/2021	
Nom et prénom du malade : BAHY LATIHA	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 30.10.21

Signature de l'adhérent(e) : 

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 8, Rue Soumaya, Haut Agdal Casab - Tel. : 05 37 67 07 01/02	10/06/17	Chir F.R.C	4000

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

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 d																
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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXE																



Spécialiste en pathologie des os, articulations, muscles et rachis.

Pr. Fadoua ALLALI

Professeur en Rhumatologie

Chef de Service de Rhumatologie

- Membre de la Société Française de Rhumatologie.
- Enseignante au DU de pathologie osseuse et au Master Européen de rééducation
- Directrice du pôle de recherche sur la pathologie osseuse, FMR.
- Spécialiste en Essais Cliniques et Recherche Thérapeutiques, Lyon.
- Vice Présidente du Groupe International de Recherche sur le Plasma Riche en Plaquette

Ordonnance

INP:101123396

Bahjé Fatcha

Rx 2 pms x face
du chapeau

عيادة الفحص بالأشعة المختبرية
CABINET RADIOLOGIE
DES HOPITAUX
8, Rue Soumaya, Haut Agdal
Rabat - Tél. : 05 37 67 07 01/02

Professeur à la Faculté de Médecine
Rhumatologie et Podologie
Rééducation fonctionnelle
Hôpital El Ayachi - Salé
Tél. : +212 661 18 18 24

RADIOLOGIE DES HOPITAUX

DR EL KIRAM Moulay EL Hassan

DR HORMA BABANA EL ALAOUI H

DR BASSOU DRISS

08, RUE SOUMAYA HAUT AGDAL - RABAT

Tel: 05 37 67 07 01 Fax: 05 37 67 07 02

IF: 40442610 INPE: 101178697 ICE: 0016668520000860

FACTURE

N° : 3456 /21

DU. 28/06/2021

NOM ET PRENOM : BAHY FATIHA

EXAMEN	PRIX (DH)
2 GENOUX FACE	400

TOTAL : 400.00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : Quatre Cents Dirhams .

Relevé d'identité bancaire : 181810212112536354003506 BP

N° de la patente : 25741019

N° de l'identification fiscale : 40442610

N° de l'affiliation à la CNSS : 8676085

ICE : 001666852000086

INPE : 101178697

عيادة الشخص بالأشعة المسostشيات
CABINET RADIOLOGIE
DES HOPITAUX
4 Rue Soumaya, Haut Agdal
Rabat - Tél. : 05 37 67 07 01/02

INPE : 101178697

Dr El KIRAM My El Hassan
 Spécialiste en Radiologie

Dr HORMA BABANA
El ALAOUI Houd
 Spécialiste en Radiologie

Dr BASSOU Driss
 Professeur en Radiologie

Nom du patient: BAHY FATIHA
 Date: 28/06/2021

RADIOGRAPHIE DES DEUX GENOUX
(FACE EN CHARGE)

RESULTAT :

- Pincement bilatéral des compartiments internes des genoux avec condensations des condyles et des plateaux tibiaux internes.
- Ostéophytes au niveau des bords des plateaux tibiaux internes et externes.
- Absence de géode sous chondrale.

CONCLUSION :

- Gonarthrose bilatérale franche fémoro-tibiale interne.

Confraternellement

Dr. EL KIRAM H.
 Radiologue
 CABINET RADIOLOGIE DES HOPITAUX

INPE : 101072718